

ERSTE FRANKFURTER FACHTAGUNG ZU CANNABIS – 17. November 2014

Dokumentation



**Cannabis –
wir sprechen darüber:**

Miteinander, sachlich,
kontrovers, offen

Dokumentation der
Ersten Frankfurter Fachtagung
zu Cannabis

Cannabis –
wir sprechen darüber

Miteinander, sachlich,
kontrovers, offen

am 17. November 2014
im Saalbau Gallus
Frankenallee 111

Veranstalter: Stadt Frankfurt am Main
Dezernat für Umwelt und Gesundheit
Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main



Inhalt

Begrüßung und Einleitung, Rosemarie Heilig, Gesundheitsdezernentin der Stadt Frankfurt am Main	4
Plenum	
Cannabis, Geschichte und Verbreitung – Bestandsaufnahme der Sozialwissenschaft, Prof. Dr. Heino Stöver, University of Applied Sciences Frankfurt am Main	7
Cannabis, eine psychoaktive Substanz – aus medizinischer und pharmakologischer Perspektive, Prof. Dr. Volker Auwärter, Uniklinikum Freiburg	20
Cannabis und das Legalitätsprinzip – der polizeiliche Blick, Dirk Peglow, Bund Deutscher Kriminalbeamter, LV Hessen	30
Cannabis, ein Betäubungsmittel – die juristische Auseinandersetzung, Prof. Dr. Lorenz Böllinger, Universität Bremen	38
Cannabis in Prävention und Beratung – Sicht der Suchthilfe, Gabriele Bartsch, stellv. Geschäftsführerin DHS	48
Cannabis, ein Arzneimittel – aus Forschung und Praxis der Medizin, Prof. Dr. Kirsten Müller-Vahl, Medizinische Hochschule Hannover	53
Modelle der Entkriminalisierung, kontrollierten Abgabe und Regulierung von Cannabis weltweit – ein Überblick, Martin Jelsma, Transnational Institut, Niederlande	67

Inhalt

Modelle der Entkriminalisierung, kontrollierten Abgabe und Regulierung

Cannabis Social Clubs – Erfahrungen aus Belgien, Joep Oomen, European Coalition for Just and Effective Drug Policies (ENCOD)	73
Coffeeshops – Erfahrungen aus den Niederlanden, Dr. Jean Paul Grund, Addiction Research Centre Utrecht	83
Cannabis – Erfahrungen aus der Schweiz, Thomas Kessler, Basel und Beat Rhyner, Stadtpolizei Zürich	97
Cannabis in Apotheken – Wissenschaftliches Modellprojekt aus Schleswig-Holstein, Dr. Jens Kalke, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS)	118
Cannabis im Fachgeschäft – Erfahrungen aus Colorado, Prof. Dr. Heino Stöver, Frankfurt University of Applied Sciences	126
Moderiertes Podiumsgespräch, Prozessbeobachter aus verschiedenen Disziplinen antworten auf Fragen, Moderation: Dr. Ruth Fühner	128
Stimmen von Besuchern	135
Schlusswort, Rosemarie Heilig, Gesundheitsdezernentin der Stadt Frankfurt am Main	137

Cannabis – wir sprechen darüber: Miteinander, sachlich, kontrovers, offen

Begrüßung: Gesundheitsdezernentin Rosemarie Heilig



Gesundheitsdezernentin Rosemarie Heilig bei der Begrüßung des Ersten Frankfurter Fachtags Cannabis am 17. November 2014 im Haus Gallus.

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir wissen, dass wir vor einer politischen Neubewertung des bisherigen rechtlichen und administrativen Umgangs mit Cannabis stehen. Wir wissen, dass wir diese Debatte führen müssen ohne künstliche Aufgeregtheiten und gegen das schnelle Vereinfachen.

Wir wissen, dass wir das ideologische Korsett ablegen müssen, in dem der Diskurs über Jahre verharrete. Wir wissen, dass wir konkrete Lösungen in einer komplexen Thematik brauchen und keinen Austausch von Bekenntnissen.

Herzlich willkommen zur ersten Frankfurter Fachtagung Cannabis! Endlich, sage ich gleich dazu, denn das immense Interesse an dieser Veranstaltung bestätigt uns, wie überfällig es ist, über den Umgang mit Cannabis zu diskutieren. Kaum war der Termin bekannt, wurden wir von fast 700 Anmeldungen förmlich überrollt und sind deshalb kurzfristig in größere Räume gewechselt, um mehr Frankfurtern die Chance zu geben, dabei zu sein. Dennoch haben wir den Kreis auf 250 Gäste beschränken müssen – einfach um arbeitsfähig zu bleiben. So mussten wir vielen absagen. Vor allem bundesweit gab es sehr viele Anfragen, die wir leider nicht berücksichtigen konnten.

Aber die heutige Tagung ist erst der Anfang. Sie soll die Grundlage liefern für einen sachlichen, stadtweiten Diskurs über Pro und Contra Entkriminalisierung, kontrollierte Abgabe und medizinisches Cannabis, der uns am Ende zu den richtigen Antworten kommen lässt, um auf die Situation und die Probleme einer Großstadt wie Frankfurt adäquat zu reagieren.

Wir haben sehr viele hochkarätige Referenten und Gäste bei uns, die uns mit umfassenden Informationen und Erfahrungsberichten dabei helfen. Geholfen, diese Tagung kompetent vorzubereiten, hat uns ein Beirat, bei dem ich mich sehr herzlich bedanken darf und zwar bei Herrn Dr. Körner, der uns in der Frage der Strafverfolgung berät. Bei Herrn Hallstein und Herrn Kaletsch vom Polizeipräsidium, Herrn Prof. Stöver von der Frankfurter Universität, Herrn Dr. Paul vom Bürgerhospital, Herrn Dr. Götz vom Gesundheitsamt und bei Frau Becker, Herrn Gottschalk und Herrn Klee von den Drogeneinrichtungen. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Wir wollen mit dieser Tagung einen breiten Diskurs in der Bevölkerung und der Politik befördern. Deshalb freue ich mich auf die große Resonanz und darf stellvertretend für die Mitglieder der hessischen Landtagsfraktionen Herrn Bocklet von den GRÜNEN, Herrn Spies von der SPD und Frau Schott von den Linken begrüßen. Für das Frankfurter Stadtparlament begrüße ich sehr herzlich den Stadtverordnetenvorsteher Herrn Siegler und stellvertretend für die CDU-Fraktion Frau Burkert und Frau David, für die GRÜNEN Frau Ross und Herrn Stock und für die SPD Frau Dr. Wolter-Brandecker und Frau Busch.

Cannabis – wir sprechen darüber. Miteinander, sachlich, kontrovers, offen. Ganz bewusst haben wir diesen Titel für unsere Fachtagung gewählt, weil er den Kern unseres „Frankfurter Wegs“ in der Drogenpolitik beschreibt, der gerade deshalb so erfolgreich war und ist, weil es bei entscheidenden Fragen immer gelungen ist, dass alle Akteure parteiübergreifend und interdisziplinär zusammenarbeiten, Fragen pragmatisch angehen und offen für Argumente sind – unabhängig davon wie kontrovers die Meinungen aufeinanderprallen. Dass das nicht einfach ist, wissen wir: Ich erinnere nur an die langen, teils heftigen Debatten um die Methadonvergabe, um Konsumräume und vor allem um die heroingestützte Behandlung. Jedes Mal war es ein Prozess der intensiven Auseinandersetzung, des Lernens und sich Bewegens. Wir haben auf diesem Weg Vieles erreicht, und Vieles richtig gemacht.

Genau das wird von uns auch erwartet – jetzt beim Thema Cannabis. Wobei mir eines ganz wichtig ist: Bei der Debatte geht es nicht darum, die Risiken des Cannabiskonsums zu leugnen oder kleinzureden – insbesondere die Risiken für Jugendliche. Die gibt es ohne Zweifel. Die zentrale Frage ist vielmehr, ob unser geltendes Recht das adäquate Mittel ist, um allen Erscheinungsformen und Auswirkungen des Cannabiskonsums angemessen und wirksam zu begegnen. Kurz gesagt: ob unser geltendes Recht – und die tägliche politische Umsetzung in den Städten – dazu taugen, Cannabiskonsum zu verhindern und Konsumenten zu schützen oder ob wir in den Kommunen andere Lösungsmodelle brauchen, um diese Ziele zu erreichen. Seit Jahren mehren sich die Stimmen, die die Sinnhaftigkeit unseres Betäubungsmittelgesetzes hinterfragen oder sogar in Frage stellen, das erst seit 1972 neben Anbau, Herstellung und Erwerb, auch den Besitz von Cannabis strafrechtlich verfolgt.

2004 stellte das Bundesverfassungsgericht fest, dass das gesundheitliche Gefahrenpotenzial von Cannabis wohl überschätzt wurde und die gesundheitlichen Risiken von Alkohol wahrscheinlich höher seien. Bereits 1994 mahnte das Gericht an, endlich bundesweit einheitlich die „geringe Menge“ Cannabis für den Eigenverbrauch festzulegen, die straffrei bleiben soll. Bis heute ist dies nicht geschehen – und das Thema Cannabis ein Dauerbrenner.

Beim Bürgerdialog der Kanzlerin über Deutschland 2012 landete die Entkriminalisierung von Cannabis auf Platz 2 der Topthemen. In zwei Anhörungen im Deutschen Bundestag 2012 und 2013 wurde deutlich, dass der aktuelle Umgang mit Cannabis aus Sicht der meisten Suchtexperten zu überprüfen ist. Kritik daran kommt zunehmend vor allem auch von der Repressionsseite. Bei der internationalen Polizeikonferenz vor einem Jahr in Frankfurt kritisierten Vertreter der Polizei den Umgang mit Cannabisdelikten und dem Legalitätsprinzip. Auch die Hälfte aller deutschen Strafrechtsprofessoren hat vor kurzem eine Resolution des Schildower Kreises unterschrieben, die eine Überprüfung der Wirksamkeit des Betäubungsmittelgesetzes fordert.

Vor zwölf Tagen gab es in Berlin eine erneute Anhörung zum Thema Cannabis „Beabsichtigte und unbeabsichtigte Auswirkungen des Betäubungsmittelrechts überprüfen“. An ihr haben auch einige der heute hier anwesenden Expertinnen und Experten teilgenommen. Das Thema ist virulent – auch international. Seit Jahren sprechen sich immer mehr prominente Politiker – von Kofi Anan bis Bill Clinton – für ein Ende des War on Drugs und eine Entkriminalisierung der Konsumenten aus. Weltweit wächst die Zahl der Länder, die Cannabis entkriminalisieren. Ganz aktuell haben die US-Bundesstaaten Alaska und Oregon per Volksabstimmung Cannabis legalisiert – wie zuvor schon Colorado und Washington.

Und währenddessen verlieren bei uns in Deutschland Menschen ihren Führerschein, wenn sie Cannabis bei sich haben, auch wenn sie gar nicht berauscht hinterm Steuer saßen. So war vor kurzem in der Zeitschrift „Die Zeit“ von einem Strafverfahren gegen eine Frau zu lesen, die im Taxi saß und eine geringe Menge Cannabis bei sich hatte. Das Strafverfahren wurde zwar eingestellt, aber die Führerscheinstelle meldete sich, zog den Führerschein ein und verlangte eine MPU.

Trotz solcher Repressionen ist der Cannabiskonsum seit Einführung des Betäubungsmittelgesetzes Anfang der 70er Jahre fast kontinuierlich gestiegen. 2012 hatten mehr als ein Drittel der unter 40-jährigen Erwachsenen in Deutschland Erfahrungen mit Cannabis. Heute wissen wir auch längst, dass die Frage, legale oder illegale Droge, für Konsumenten keine entscheidende Rolle spielt – was eine Untersuchung der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle übrigens bestätigt. Danach stieg der Konsum in den Ländern, die das Strafmaß erhöhten, sogar an oder blieb zumindest gleich. Angesichts dieser Tatsachen muss man feststellen, dass das Betäubungsmittelgesetz sein Ziel, den Cannabiskonsum zu verhindern, zu reduzieren und einzudämmen, offenbar nicht erfüllt hat. Darüber hinaus schadet die Prohibition auch den Konsumierenden, sie beschränkt Prävention und kriminalisiert normales Experimentierverhalten. Auch verhindert sie Regulierung und Jugendschutz. Genau dem müssen wir uns stellen und dürfen die Augen nicht länger vor Zahlen, Daten, Fakten, Forschung – und der Realität in unseren Städten verschließen, ohne ins andere Extrem zu fallen und Regulierung jedweder Art infrage zu stellen.

Frankfurt ist die erste Kommune in Deutschland, die auf breiter kommunaler Ebene die Cannabis-Diskussion führt. Aber wir stehen damit nicht alleine. Im Berliner Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg wird bereits konkreter über einen Modellversuch nachgedacht. Ich freue mich deshalb sehr, dass Herr Elvers als Suchthilfekoordinator des Bezirks Friedrichshain-Kreuzberg heute bei uns ist. Auch aus den wichtigen anderen deutschen Großstädten München, Hamburg, Köln und Hannover sind Vertreter angereist, um sich über die Diskussion in Frankfurt zu informieren. Ein herzliches Willkommen auch Ihnen.

Ich weiß, dass in vielen anderen deutschen Städten mit großem Interesse auf die heutige Tagung geschaut wird. Natürlich kann eine einzige Fachtagung nicht alle Facetten des komplexen Themas Cannabis vertiefend behandeln. Unsere heutige erste Veranstaltung soll zunächst einen Überblick und einen tieferen Einblick in die augenblickliche bundesweite Diskussion geben, in der es ausschließlich um Erwachsene geht. Und sie soll weitere Themen definieren, die wir in folgenden Veranstaltungen fundierter behandeln wollen. Eines steht schon fest: Zum Thema Jugendschutz und Suchtprävention planen wir eine zweite Tagung im Frühjahr 2015.

Fürs Erste freue ich mich aber, dass wir für heute so viele hochrangige nationale und internationale Expertinnen und Experten gewinnen konnten. Eine Veranstaltung in dieser thematischen Breite auf die Beine zu stellen, ist eine Mammutaufgabe und echte Herausforderung. Dass dies so hervorragend gelungen ist, dafür möchte ich mich sehr herzlich beim beteiligten Fachbeirat und vor allem bei unserem Drogenreferat, namentlich Frau Ernst und Frau Lind-Krämer und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bedanken. Natürlich auch bei den Referenten, und all denen, die sich an dieser wichtigen Diskussion beteiligen.

Ich freue mich auf das heutige Gespräch und wünsche mir sehr, dass wir es miteinander, offen und in der Kontroverse sachlich führen werden.

Cannabis, Geschichte und Verbreitung – aus Sicht der Sozialwissenschaft

**Prof. Dr. Heino Stöver,
Frankfurt University of Applied Sciences**

Diskussion um Cannabis – warum gerade jetzt wieder?

Wir diskutieren über Cannabis seit Jahrzehnten wie in einer Sinuskurve. Aktuell hat die Cannabisdiskussion wieder Konjunktur – warum gerade jetzt? Unter anderen ist dafür der US-amerikanische Präsident Barack Obama verantwortlich, der im Januar 2014 den denkwürdigen Satz gesagt hat: „Ich denke nicht, dass Cannabis gefährlicher ist als Alkohol.“ Obama bezog sich damit auf die Regulierungsversuche in den US-Bundesstaaten Washington und Colorado und deutete mit dem Satz schon leicht den Rückzug von der Prohibition an. Inzwischen haben sich auch Oregon und Alaska zur Entkriminalisierung von Cannabis entschlossen, Washington D.C. hat im November vorigen Jahres den Eigenanbau legalisiert.

In einer ganzen Reihe von US-Staaten ist somit ein regulierter und bis zu 30 Gramm auch legaler Zugang und Umgang mit Cannabis Realität. Uruguay geht noch einen Schritt weiter, dort wurde ein staatliches Kontrollmodell installiert, und auch in der Schweiz wie in vielen anderen Ländern Europas hat bereits eine Erosion der ehemals sehr monolithischen Prohibition eingesetzt. Überall sehen wir erste Ansätze der Veränderung. Der aktuellen Entwicklung in den Vereinigten Staaten ist die Medical Marihuana Diskussion vorangegangen. In mehr als 20 US-Staaten ist Marihuana relativ einfach, als ein vom Arzt verschriebenes Mittel gegen Schmerzen oder Angststörungen, erhältlich.

In Deutschland haben wir eine starke Hanf-Gemeinde, die Bundeskanzlerin Angela Merkel mit kritischen Fragen zum repressiven Umgang mit Cannabis hierzulande konfrontiert, dennoch ist es in Deutschland nicht gelungen, in einer Petition den leichteren Zugang zu Marihuana als Medizin zu erreichen. Es ist noch sehr viel Arbeit nötig – aber auch möglich, um das therapeutische Potenzial dieser Substanz, die jahrzehntelang verfemt und verfolgt worden ist, zu verbessern.

Ein Motor der gegenwärtigen Debatte sind Menschenrechtsthemen. Das zunehmende Unverständnis gegenüber dem Eingriff des Staates in die Privatsphäre und die Gängelung der Bürgerinnen und Bürger treibt viele Menschen um. Zumal es sich bei Cannabiskonsum im



kriminologischen Sinne um „opferlose Delikte“ handelt. Der Konsum ist allenfalls selbstschädigend. Und wenn immer bekannt wäre, was in der auf dem Schwarzmarkt gehandelten Ware genau enthalten ist, wäre auch das „Selbstschädigende“ geringer. Genau daraus resultiert bei Konsumenten ein geringes Unrechtsbewusstsein, was wiederum Prävention und polizeiliche Arbeit sehr viel schwieriger macht.

Eine These, die es noch zu verifizieren gilt, ist, ob der Einschluss von Cannabis ins Betäubungsmittelgesetz (BtMG) eine Verharmlosung sogar noch befördert. Da Cannabis im Gesetz mit sehr viel potenteren und weitaus gefährlicheren Drogen zusammengefasst wird, viele Gebraucher jedoch merken, dass sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen damit umgehen können, führt dieser Umstand zu einer Verharmlosung des Drogen-Diskurses generell.

Selbst 20 Jahre nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts, das fordert, eine geringe Menge für den Eigenbedarf festzulegen, die als legal gilt, gibt es für eben diesen Eigenbedarf bis heute keine Gleichbehandlung in der Strafvorstellung, sondern eine große Spanne. Das trägt nicht gerade zur Glaubwürdigkeit der Drogenpolitik in Deutschland bei.

Das Entscheidende ist jedoch der wachsende Konsens darüber, dass Gesundheitsprobleme auch gesundheitspolitisch statt strafrechtspolitisch angegangen werden müssen. Das bedeutet, dass trotz der Gefährlichkeit des Drogenkonsums wir alle gesundheitlichen Maßnahmen unternehmen müssen, um Menschen zu helfen, und dass wir das Strafrechtspolitische auf das Minimum herunterfahren müssen.

So mehren sich auch in Deutschland die Stimmen, die eine kontrollierte Abgabe von Cannabis fordern. In Berlin etwa wird ein Modellprojekt angestrebt, um den unkontrollierten Drogenhandel im Görlitzer Park einzudämmen. Auch in Frankfurt wird nach alternativen Kontrollmodellen gerufen und am Ende die Frage gestellt, waren wir nicht schon einmal weiter?

In den 1990er Jahren gab es den Modellversuch in Schleswig-Holstein, 30 Gramm Cannabis legal in Apotheken abzugeben. Die zuständigen Bundesämter haben ihn wegen angeblich mangelnden Interesses wieder eingestellt.

Cannabis im Parlament – Anhörung im Bundestag am 5.11.2014

Der Deutsche Bundestag hat am 5.11.2014 zehn Experten in seinen Gesundheitsausschuss zur Anhörung eingeladen, um über eine Eingabe der Fraktion der Linken und Bündnis90/Die Grünen zum Umgang mit Cannabis zu beraten (s.a. <http://www.youtube.com/watch?v=iPqnmVI2YdM>). Von den zehn Experten haben neun eine Überprüfung des BtMG gefordert und damit eine überparteiliche Enquete-Kommission. Selbst die Expertinnen und Experten, die von der CDU, CSU und SPD bestellt worden waren, haben sich dafür ausgesprochen, dass das BtMG auf den Prüfstand gehört – bis auf eine Ausnahme. Grundsätzlich geht es um eine Politik-Folgen-Abschätzung. Um etwas, das in der Cannabis-Frage bisher noch nicht vorgenommen wurde. Was aber immer geschehen muss, selbst wenn wir einen EU-Antrag schreiben. Es wird verlangt, dass wir auf negative Folgen hinweisen und sie vorwegnehmen.

Was und wie können wir lernen?

Wir haben in den vergangenen 20, 30 Jahren aus dem Umgang und den Erfahrungen zum Beispiel mit HIV und Tabak ein erhebliches Lernpotenzial gewonnen. Wir haben gelernt, dass eine Lernstrategie der Kontrollstrategie überlegen ist. Es sei nur an den bayerischen HIV-Maßnahmenkatalog erinnert, der HIV-positive Prostituierte, Sexarbeiterinnen und Drogenabhängige zwangstesten wollte, was dann aber schnell verworfen wurde. Und erinnern wir uns an die lebhafteste und überparteiliche aber auch gesamtgesellschaftliche Diskussion über Tabak und Nichtraucherenschutz, der im Ergebnis sehr gelungen ist.

Wir leben in einer pluralen Gesellschaft. Überall wird der mündige und informierte Bürger statt eines staatlichen Paternalismus gesetzt und gefordert. Tagtäglich müssen wir unsere Biografien neu zusammensetzen und Entscheidungen treffen, vor denen unsere Eltern noch gefeit waren.

Verbreitung von Cannabis

Internationale Vergleiche zeigen, dass Europa mit durchschnittlich 32 Prozent Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums – das heißt, einmal im Leben genutzt – und in den vergangenen zwölf Monaten 12,1 Prozent, deutlich unterhalb der Trends und Prävalenzraten in Amerika, Australien und Kanada liegt. In Kanada und den USA haben 51 Prozent der jungen Erwachsenen (16 bis 34 Jahre) einmal im Leben Cannabis konsumiert, 24,1 Prozent in den vergangenen zwölf Monaten. In Australien sind die Zahlen ebenfalls sehr hoch: Von den 14- bis 39-Jährigen haben 46,7 Prozent bisher einmal im Leben Cannabis konsumiert, 16,2 Prozent in den vergangenen zwölf Monaten (vgl. EMCDDA 2011). Die Zahlen zeigen aber auch, dass Cannabis in der deutschen Gesellschaft angekommen ist.

Im europäischen Durchschnitt haben 6,7 Prozent der Bevölkerung in den vergangenen zwölf Monaten Cannabis gebraucht, in den vergangenen 30 Tagen 3,6 Prozent. In absoluten Zahlen betrachtet, ist das eine erhebliche Zahl von Menschen, die sich auf dem illegalen Markt bedienen.

Altersgruppe	Zeitlicher Rahmen des Konsums		
	Lebenszeit	Letzte zwölf Monate	Letzte 30 Tage
15-64 Jahre			
Geschätzte Zahl der Konsumenten in Europa	78 Millionen	22,5 Millionen	12 Millionen
Europäischer Durchschnitt	23,2 %	6,7 %	3,6 %
Spanne	1,5-32,5 %	0,4-14,3 %	0,1-7,6 %
Länder mit der niedrigsten Prävalenz	Rumänien (1,5 %) Malta (3,5 %) Bulgarien (7,3 %) Ungarn (8,5 %)	Rumänien (0,4 %) Malta (0,8 %) Griechenland (1,7 %) Ungarn (2,3 %)	Rumänien (0,1 %) Malta (0,5 %) Griechenland, Polen (0,9 %) Schweden (1,0 %)
Länder mit der höchsten Prävalenz	Dänemark (32,5 %) Spanien (32,1 %) Italien (32,0 %) Frankreich, Vereinigtes Königreich (30,6 %)	Italien (14,3 %) Tschechische Republik (11,1 %) Spanien (10,6 %) Frankreich (8,6 %)	Spanien (7,6 %) Italien (6,9 %) Frankreich (4,8 %) Tschechische Republik (4,1 %)

EBDD (2011): Jahresbericht

Cannabiskonsumprävalenz: Europa

Abbildung 5: Tendenzen bei der 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre); Länder mit drei oder mehr Erhebungen sind nach den jeweils höchsten Prävalenzraten gruppiert (unter 10 %, 10-15 %, mehr als 15 %)



EMCDDA (2011): Jahresbericht – Stand der Drogenproblematik in Europa, S. 52

Die Zahlen zeigen, dass die Konsumprävalenz in Europa völlig heterogen ist. Trotz des eigentlich ähnlichen Straftatbestands und ähnlicher Strafzumessungen sind die Verbreitungsraten höchst unterschiedlich. Deutschland liegt im Mittelfeld mit etwa zwölf Prozent aller 15 bis 34-Jährigen, die in den vergangenen zwölf Monaten Cannabis gebraucht haben.

Cannabiskonsum: 12-17-Jähriger in Deutschland (1993-2011)

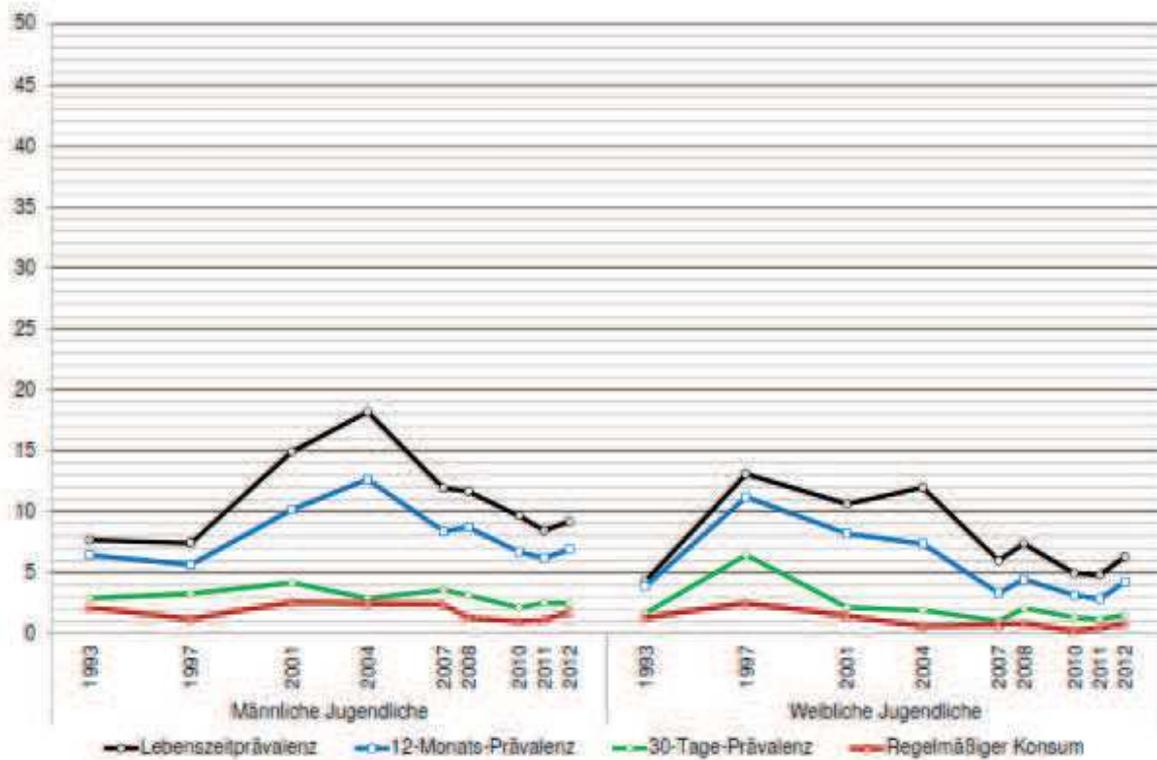


Abbildung 2 Veränderungen der Verbreitung des Cannabiskonsums bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen von 1993 bis 2012

Drogenaffinitätsstudie; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012

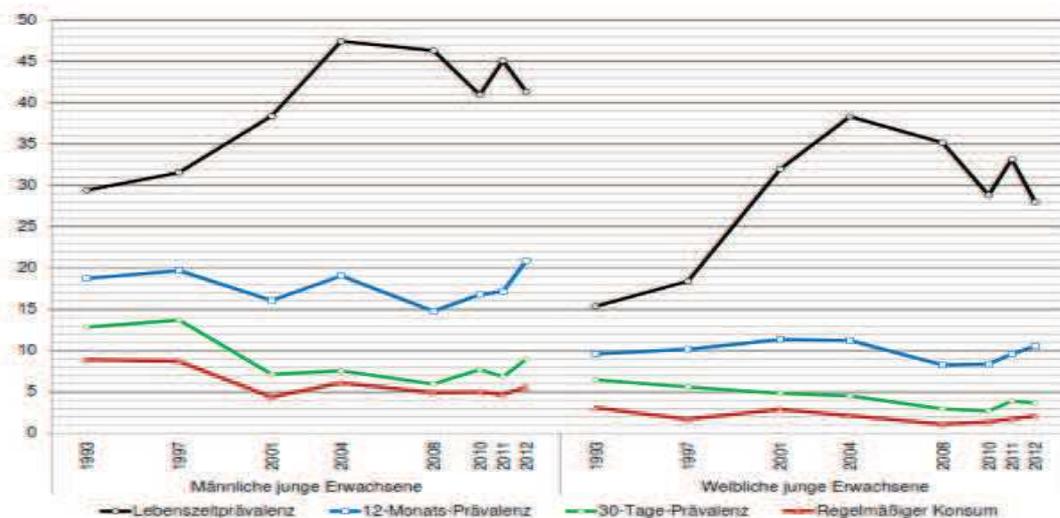
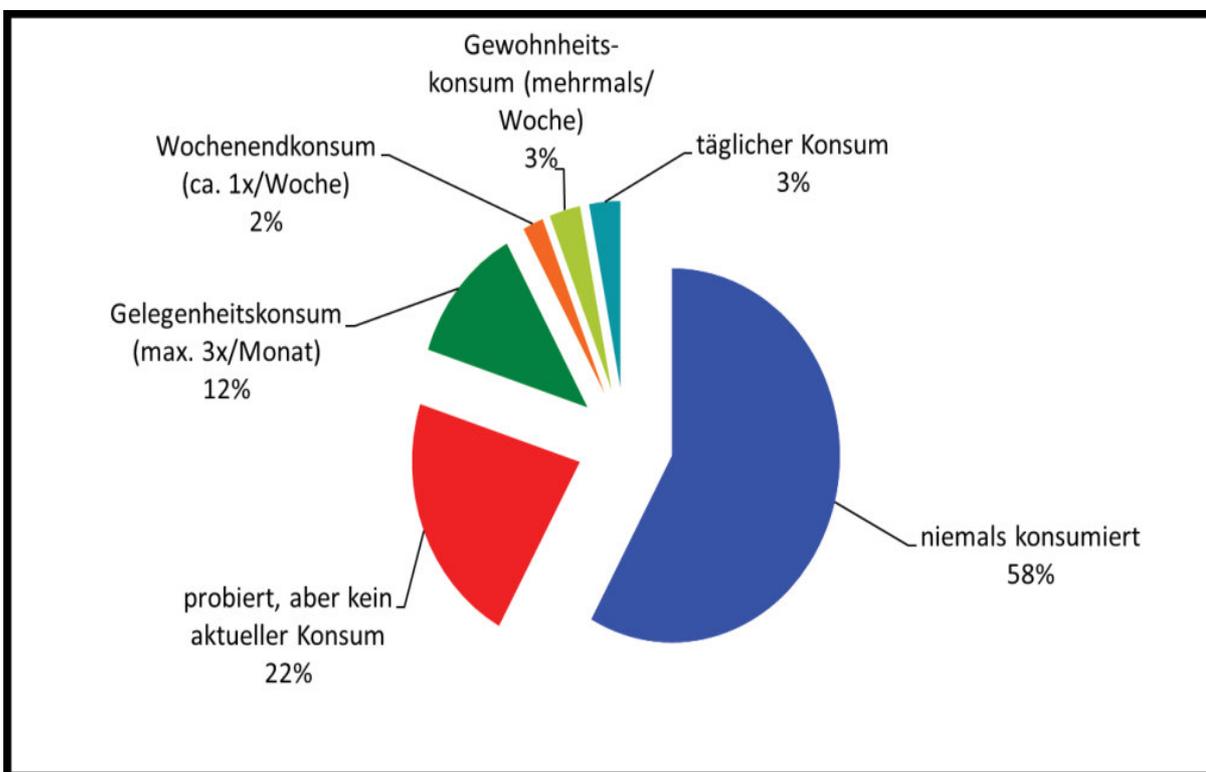


Abbildung 3 Veränderungen der Verbreitung des Cannabiskonsums bei 18- bis 25-jährigen Erwachsenen von 1993 bis 2012

Wie die Grafik zeigt, ist der Konsum trotz ähnlicher Strafzumessungen ganz unterschiedlich. Das betrifft in Deutschland besonders die 12- bis 17-Jährigen. Ab 2004 ist bei den Jungen und Mädchen ein Abfall in der gesamten Lebenszeitprävalenz festzustellen, wobei aber die rote Linie in der obigen Grafik entscheidend ist. Sie zeigt den regelmäßigen Gebrauch, der auf relativ niedrigem Niveau liegt und es über die Jahre hinweg auch bleibt. Gleiches gilt für die etwas ältere Gruppe der 18- bis 25-Jährigen. Auch bei ihnen zeigt sich ab 2004 ein Abfall, und der Dauergebrauch hält sich auf relativ niedrigem Niveau.

Cannabiskonsum: 18- bis 25-Jährige in Deutschland

Konsummuster: Frankfurt 15- bis 18-Jähriger (Werse/Morgenstern 2013)



In Frankfurt lassen sich die Zahlen durch die MoSyD-Studie, der jährlich durchgeführten Befragung von 1500 Schülerinnen und Schülern, bestätigen. Betrachten wir die Konsummuster näher, finden wir einen großen Anteil junger Menschen, die niemals oder nur einmal konsumiert haben, das sind 80 Prozent. Nur drei Prozent konsumieren regelmäßig und weitere drei Prozent konsumieren täglich. Insgesamt kann man von sechs Prozent ausgehen, die möglicherweise einen problematischen Gebrauch haben.

Die Daten des Robert Koch-Instituts (RKI) zum Rauchen, Alkohol und Haschisch zeigen, dass mit niedrigem Sozialstatus vor allem eine hohe Prävalenz beim Rauchen verbreitet ist. Beim Cannabis reduziert sich die Differenz, das ist auch etwas Schultyp-abhängig, was wiederum mit dem Sozialstatus zusammenhängt, Menschen mit Migrationshintergrund haben eine ähnlich hohe Verbreitung beim Cannabisverbrauch anders beim Alkohol und beim Rauchen, da gibt es sehr große Unterschiede und auch die Wohnregionen zeigen, dass sich das Bild auch den neuen Bundesländern angeglichen hat.

Cannabiskonsum nach Schulformen, Ausbildungsgängen oder derzeitiger Tätigkeit (soziale Unterschiede)

Tabelle 1: Indikatoren des Cannabiskonsums nach Schulformen, Ausbildungsgängen oder derzeitiger Tätigkeit im Jahr 2010

		Lebenszeit- prävalenz Cannabis- konsum	12-Monats- Prävalenz Cannabis- konsum	30-Tage- Prävalenz Cannabis- konsum	Prävalenz regelmäßi- ger Cannabiskonsum
Befragte in der Sekundarstufe I ^a	Gymnasium Sek. I	4,6	3,6	0,4	0,1
	Gesamtschule Sek. I	7,0	3,6	1,2	0,0
	Realschule Sek. I	4,4	2,4*	0,7	0,3
	Hauptschule Sek. I	2,4	1,7	1,6	0,2
Befragte außerhalb der Sekundarstufe I ^b	Gymnasium Sek. II	24,1	14,9	7,3	3,2
	Berufsschule	24,1	11,0*	4,6*	2,1
	Azubis	26,3	10,7*	4,7*	3,0
	Studierende	39,2	15,8	5,3*	3,4
	Erwerbstätige	35,5	8,0*	3,1*	2,1*
	Arbeitslose	42,1	16,9	9,7	6,7
	Sonstige	30,9	12,4	5,9	3,0

*) Statistisch signifikanter Unterschied zum Referenzwert der Gymnasiasten/Gymnasiastinnen der Sekundarstufe I bzw. Sekundarstufe II mit $p < 0,05$ (Binär logistische Regressionen mit den Kovariaten Alter und Geschlecht).

a) Durchschnittliches Alter der Befragten in der Sekundarstufe I: 14,0 Jahre. b) Durchschnittliches Alter der Befragten außerhalb der Sekundarstufe I: 20,7 Jahre.

Tabelle 2a

Substanzgebrauch nach Sozialstatus, besuchtem Schultyp, Migrationshintergrund und Wohnregion bei 14- bis 17-jährigen Jungen

	Rauchen (aktuell)		Alkohol (mind. einmal pro Woche)		Haschisch/ Marihuana (12-Monats-Prävalenz)	
	% [95%-KI]	OR [95%-KI]	% [95%-KI]	OR [95%-KI]	% [95%-KI]	OR [95%-KI]
Sozialstatus						
Niedrig	36,4 [31,7–41,4]	0,85 [0,56–1,29]	46,0 [40,3–51,7]	0,85 [0,58–1,26]	13,8 [10,8–17,6]	0,86 [0,51–1,44]
Mittel	30,1 [26,9–33,5]	0,86 [0,63–1,18]	49,8 [45,5–54,1]	1,12 [0,84–1,50]	15,4 [13,0–18,1]	1,07 [0,71–1,60]
Hoch	25,8 [21,3–30,9]	Ref.	44,5 [38,7–50,5]	Ref.	13,3 [10,1–17,2]	Ref.
Schultyp						
Hauptschule	42,2 [37,0–47,6]	4,64 [2,91–7,38]	50,5 [44,3–56,8]	1,71 [1,12–2,62]	15,6 [12,1–20,0]	1,47 [0,94–2,30]
Realschule	31,4 [27,3–35,9]	2,77 [1,90–4,02]	48,8 [43,5–54,2]	1,52 [1,07–2,15]	13,9 [11,1–17,2]	1,33 [0,90–1,99]
Gesamtschule	32,1 [25,1–40,0]	3,09 [1,89–5,05]	41,3 [31,5–52,0]	1,20 [0,71–2,03]	18,4 [13,1–25,2]	2,16 [1,29–3,63]
Gymnasium	17,6 [14,1–21,7]	Ref.	43,9 [38,9–48,9]	Ref.	12,7 [10,0–16,0]	Ref.
Migrationshintergrund						
Ja	26,4 [21,2–32,4]	0,50 [0,33–0,77]	37,4 [29,9–45,5]	0,46 [0,27–0,76]	13,9 [10,2–18,7]	0,77 [0,48–1,24]
Nein	32,0 [29,3–34,9]	Ref.	48,4 [45,1–51,7]	Ref.	14,9 [13,0–17,0]	Ref.
Wohnregion						
Neue Bundesländer	37,7 [33,1–42,5]	1,54 [1,16–2,05]	46,0 [40,7–51,5]	0,83 [0,59–1,16]	15,4 [12,7–18,6]	0,94 [0,67–1,31]
Alte Bundesländer	29,2 [26,5–32,1]	Ref.	47,0 [43,3–50,8]	Ref.	14,5 [12,4–16,9]	Ref.

%: Prävalenz des Substanzgebrauchs in Prozent, OR (Odds Ratio): Faktor, um den die Chance des Substanzgebrauchs in der betrachteten im Vergleich zur Referenzgruppe (Ref.) erhöht ist, bei statistischer Kontrolle für Alter und gleichzeitiger Betrachtung der Prädiktoren, 95%-KI: 95%-Konfidenzintervalle zu den Prävalenzen bzw. Odds Ratios, Fettdruck=signifikantes Ergebnis

Cannabiskonsum in der Behandlung



EMCDDA (2014): Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen

Nach den Daten des Europäischen Drogenberichts von 2014 sind in Deutschland mehr als 20.000 Menschen wegen einer Cannabisstörung in Behandlung. Das heißt, wir haben es geschafft, viele Menschen in die Behandlung zu bekommen, sei es stationär oder ambulant.

Cannabis: Prävalenz und Behandlungsnachfrage

	Prävalenzschätzungen		Indikator Behandlungsnachfrage, Primärdroge		
	Allgemeinbevölkerung	Schüler	Cannabispatienten in % der Patienten mit Behandlungsaufnahme		
	Lebenszeit, Erwachsene (15-64) %	Letzte 12 Monate, junge Erwachsene (15-34) %	Lebenszeit, Schüler (15-16) %	Alle Patienten mit Behandlungsaufnahme % (Anzahl)	Patienten mit erstmaliger Behandlungsaufnahme % (Anzahl)
Deutschland	23,1	11,1	19	34,4 (26 208)	54,5 (11 431)
Europäische Union	21,7	11,2	-	27,9 (106 981)	42,2 (59 901)
EU, Türkei und Norwegen	-	-	-	27,6 (109 436)	41,8 (60 456)

EMCDDA (2014): Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen. 2014, S. 77

**Soziodemografische Daten nach Hauptdiagnose
(DSHS ambulant,2012)**

Charakteristika	Hauptdiagnose				
	Opioide	Cannabis	Kokain	Stimulanzien	
Alter in Jahren bei Behandlungsbeginn	36,0	24,8	33,1	27,1	
Alter in Jahren bei Erstkonsum	21,3	15,4	21,4	18,1	
Geschlecht (Anteil Männer)	76,3 %	84,7 %	85,9 %	71,7 %	
Alleinstehend	52,3 %	60,2 %	42,4 %	53,1 %	
Erwerbstatus:					
	Arbeitslos	62,1 %	35,4 %	40,2 %	46,3 %
	Schüler/in / in Ausbildung	2,3 %	29,4 %	4,7 %	11,6 %
Wohnungslos		3,0 %	0,7 %	1,7 %	1,3 %

Deutsche Drogenbeobachtungsstelle (2013): Jahresbericht 2013
http://www.dbdd.de/images/2013/reitox_report_2013_germany_dt.pdf (106)

Stationär betreute Patienten mit Suchtdiagnosen

Hauptdiagnose	Krankenhaus	DRV	DSHS			
	2011	2011	2011	2012	Männer	Frauen
	Gesamt	Gesamt	Gesamt	Gesamt		
Opioide	30,2	24,7	34,2	30,0	29,7	30,8
Cannabinoide	9,5	16,2	26,3	26,8	29,2	18,5
Sedative/Hypnotika	10,7	2,1	3,8	4,0	1,9	11,4
Kokain	1,3	3,7	6,9	6,7	7,2	4,7
Stimulanzien	4,0	6,3	12,7	15,5	14,6	18,9
Halluzinogene	0,6	0,1	0,4	0,1	0,1	0,1
Fl. Lösungsmittel	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Multiple/And. Substanz.	43,5	46,7	15,6	16,8	17,2	15,6
Gesamt (Anzahl)	95.940	13.859	8.050	9.481	7.390	2.091

Deutsche Drogenbeobachtungsstelle (2013): Jahresbericht 2013
http://www.dbdd.de/images/2013/reitox_report_2013_germany_dt.pdf, S.110

Erstes Fazit

Die Zahlen zeigen, dass Opioide als primäre Störungsdiagnose nicht sehr viel häufiger sind als Cannabis. Hier liegen wir bereits bei 24 Prozent und das trifft ähnlich auch für die Zahlen der stationären Aufnahmen zu, wie die Deutsche Suchthilfestatistik darlegt. Die Daten zeigen einen

leicht anwachsenden Anteil derjenigen, die 2011 und 2012 in Behandlung waren. Cannabiskonsumenten sind also zugänglich für eine Behandlung und damit komme ich zu meinem ersten Fazit: Cannabiskonsum ist bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland rückläufig, das gilt ebenfalls für Alkohol und Tabakrauchen. Jeder zehnte Jugendliche zwischen 14 bis 17 und jeder dritte junge Erwachsene zwischen 18 und 25 hat Cannabis zumindest einmal im Leben probiert, der Anteil der regelmäßigen Cannabiskonsumenten liegt in Deutschland zurzeit bei 0,9 Prozent der 14- bis 17-Jährigen und bei 3,2 Prozent bei den 18- bis 25-Jährigen.

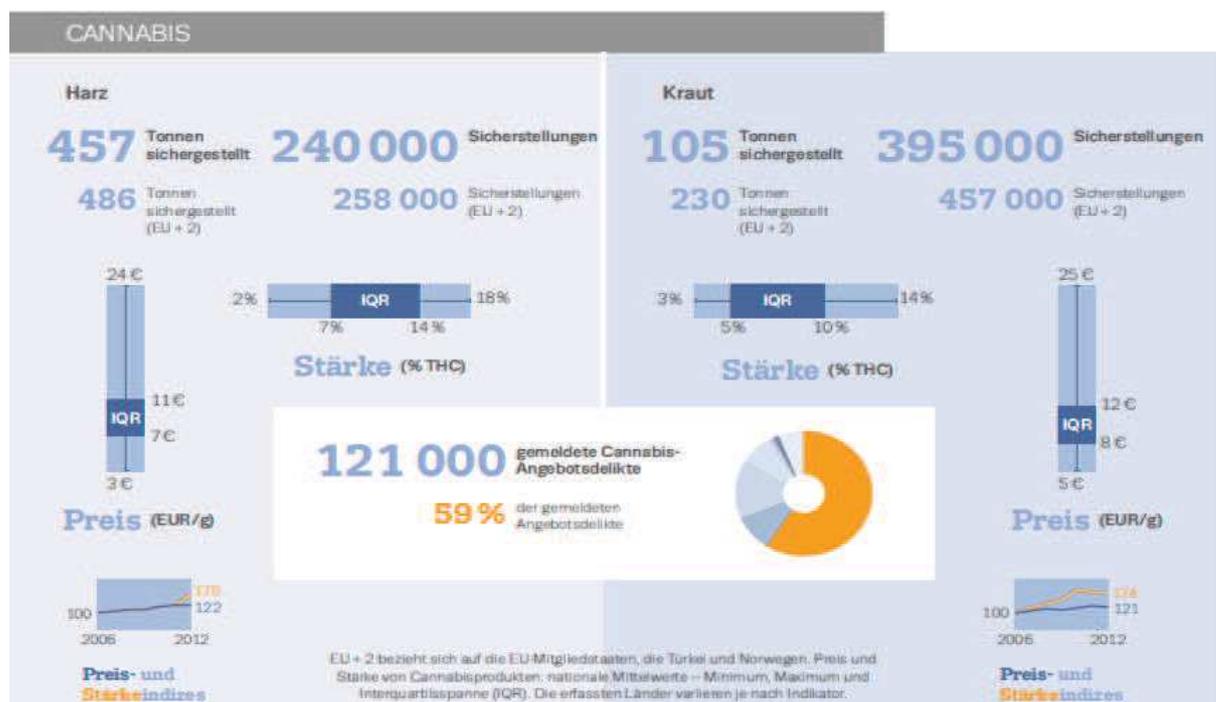
In absolute Zahlen umgerechnet, sind das etwa eine Viertelmillion Menschen. Männliche Jugendliche und junge Erwachsene sind stärker betroffen als weibliche. Das gibt den Hinweis für die Prävention, stärker genderspezifisch anzusetzen.

Festhalten kann man auch, dass die Behandlungszahlen von Cannabiskonsumenten steigen – sei es stationär oder ambulant –, und dass Cannabiskonsum ein passageres Verhalten ist, das im dritten Lebensjahrzehnt üblicherweise wieder ausschleicht.

Eine ganz wichtige Botschaft: 95 Prozent der Cannabisbenutzer pflegen einen integrierten Gebrauch.

Drogenkontroll-Versuche – Kosten der Prohibition

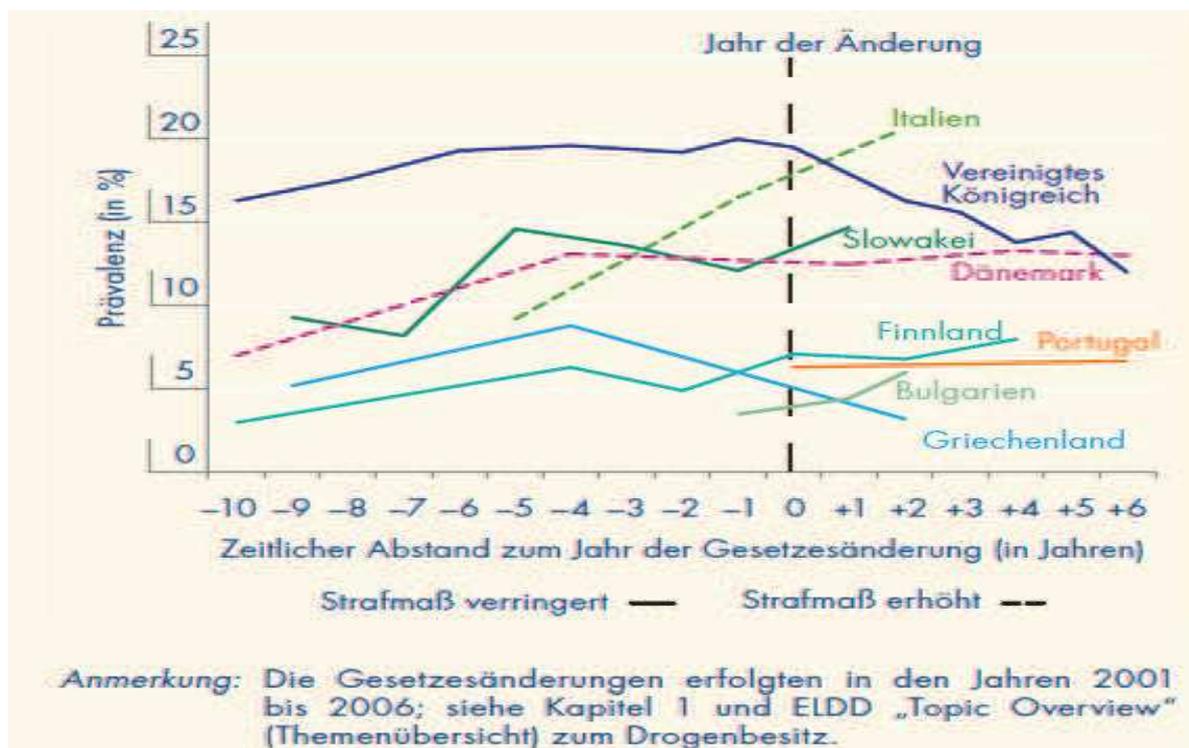
Cannabis-Sicherstellungen in Europa



EMCDDA (2014): Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen. 2014

Schaut man sich die Statistik der Cannabis-Sicherstellungen in Europa an, erscheinen die Zahlen erst einmal immens: 457 Tonnen Cannabis-Harz, 105 Tonnen vom Kraut bilanziert der Europäische Drogenbericht 2014 in Europa. Dennoch beträgt die polizeiliche Abschöpfung aber nur ein bis fünf Prozent und ist damit nicht marktbeeinflussend. Wichtiger aber ist die Feststellung, dass es offenbar keinen Zusammenhang gibt zwischen gesetzlichen Änderungen in der Strafzumessung für den Umgang und Konsum von Cannabis und der Konsumprävalenz, wie die Erhebung der European Legal Database on Drugs (ELDD) belegt.

Kein Zusammenhang zwischen gesetzlichen Änderungen und Konsumprävalenz



Die gestrichelten Linien in der Grafik zeigen, wo das Strafmaß erhöht wurde: in Italien oder Dänemark zum Beispiel. Die Prävalenzachse zeigt ganz deutlich, dass der Konsum sogar zugenommen hat – trotz Erhöhung des Strafmaßes. In anderen hat sich das Strafmaß verringert und auch der Konsum ist zurückgegangen, wie zum Beispiel im Vereinigten Königreich. Es gibt also keine klare Verbindung zwischen Strafzumessung und der Konsumprävalenz. Es müssen also andere Gründe für Veränderungen verantwortlich sein.

Tabelle 2: BKA (2002, 2011, 2012): PKS und Bundeslagebild Rauschgift 2002, 2011 und 2012

	2012	Steigerung 2012 2011		Steigerung 2011 2010		2010	Anteil an allen Straf- taten (2011)	
		absolut	in %	absolut	in %			
Straftaten insgesamt	5.997.040	6361	+0,1	5.990.679	57.401	+1,0	5.933.278	100 %
Rauschgiftdelikte insgesamt	237.150	672	+0,3	236.478	5.471	+2,4	231.007	3,95 %
davon Cannabis	134.739	2788	+2,0	131.951	3.083	+2,4	128.868	2,20 %
allgemeine Verstöße gemäß § 29 BtMG	173.337	3040	+1,8	170.297	4.417	+2,7	165.880	2,84 %
davon Cannabis	106.215	5029	+4,7	101.186	1.624	+1,6	99.562	1,69 %

Stöver, H. /Plenert, Max (2013): **Entkriminalisierung und Regulierung** Evidenzbasierte Modelle für einen alternativen Umgang mit Drogenhandel und -konsum . Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin

Nach den PKS-Daten des Bundeskriminalamtes waren von den sechs Millionen Straftaten 2012 etwa eine Viertelmillion, genau 237.000, Rauschgiftdelikte. Davon wiederum ging es in 134.000 Fällen um Cannabis. Als allgemeine Verstöße gemäß § 29 BtMG – also weder Bandenkriminalität noch Schmuggel – wurden 173.000 Delikte registriert, von denen gut 100.000 mit Cannabis zu

tun hatten. Justiz und Polizei beschäftigen sich also in 100.000 Fällen damit, um gegen Cannabiskonsumenten wegen des Eigenbedarfs und Konsums zu ermitteln.

Etwa zehn Prozent der gesamten öffentlichen Ausgaben für die öffentliche Sicherheit und Ordnung weisen einen Bezug zu illegalen Drogen auf. Der Großteil des finanziellen Engagements des Staates – genau 70 Prozent – fließt in repressive Maßnahmen gegen Kriminalität mit illegalen Drogen. Der Rest fließt in Hilfe. Die Relation zwischen Repression und Hilfe beträgt 7:3 – eine Politik, die ein derartiges Ungleich-Verhältnis aufweist, muss insbesondere dahingehend hinterfragt werden, wie erfolgsträchtig sie ist.

Zweites Fazit:

Polizeiliche Sicherstellungen sind kein Marktregulativ und wenig abschreckend. Es gab nie so viele Drogen wie heute. Der Schwarzmarkt ist weiter attraktiv. Rund 75 Prozent aller Drogendelikte sind Konsumentendelikte (vgl. Bund Deutscher Kriminalbeamter 2014 – Der Bundesvorsitzende). Die Verfolgung und Verurteilung von Cannabiskonsumenten nimmt kontinuierlich zu. Dies bedeutet eine hohe Bindung polizeilich-justizieller Aktivitäten an die Drogenbekämpfung, und wenn es um Organisierte Kriminalität (OK) geht, geht es in der Regel um OK und Drogen.

Wir stellen ein notorisches Scheitern kriminalrechtlicher Prohibition fest bei allenfalls selbstschädigendem Verhalten. Und die neuen psychoaktiven Substanzen, synthetische Cannabinoide und ähnliche Dinge, die wir im Internet bestellen und von freundlichen DHL-Boten ins Haus geliefert bekommen, können als Reaktion auf die Prohibition gesehen werden. Es besteht eine hohe Nachfrage danach, die auch befriedigt wird. Insgesamt müssen wir uns fragen, ob die gängige Praxis nicht eher Opfer-Produktion statt Opferschutz darstellt.

Alternative Kontrollversuche



STUDIE



„Die Verheerungen des War on Drugs haben weltweit ein wachsendes Bewusstsein für die Probleme unserer Drogenpolitik, vor allem für die Auswirkungen der Prohibition auf die Gesundheit und das soziale Wohlbefinden der KonsumentInnen geschaffen.“ Zu dem Schluss kommt die oben angeführte Studie der Friedrich Ebert Stiftung.

Eine Ultra-Prohibition verursacht hohe negative soziale und gesundheitliche Schäden. Gleiches gilt für die völlige Freigabe – auch sie führt zu hohen sozialen und gesundheitlichen Schäden. Deshalb müssen wir zu legalen Regulationsmitteln kommen, die wir auch auf andere Substanzen anwenden. Ob die nun optimal sind, sei noch dahingestellt. Dennoch können wir durch Formen

der Regulierung negative soziale und gesundheitliche Folgen senken. Im Folgenden einige Beispiele in Stichworten:

In Colorado und Washington hat sich die Bevölkerung bei Referenden im November 2012 für die Cannabis-Legalisierung ausgesprochen

- Personen über 21 Jahren ist der Besitz von einer Unze Marihuana, das entspricht knapp 28,5 Gramm, zum persönlichen Gebrauch erlaubt
- In Colorado ist der Besitz von sechs Hanfpflanzen erlaubt. Cannabisläden haben seit Januar 2013 geöffnet.

In Washington ist PatientInnen der Anbau zum Eigenbedarf gestattet

- Der Staat verlangt 25 Prozent Steuer auf Cannabisverkäufe

Uruguay hat als erstes Land weltweit Cannabis legalisiert

- gestattet sind 40g Marihuana monatlich in Apotheken
- zugelassen sind Marihuana Clubs (bis zu 45 Mitglieder)
- Anbau und Handel werden von einer staatlichen Kommission kontrolliert
- Konsumenten werden registriert
- Für Minderjährige und Ausländer bleibt der Konsum verboten

Drittes Fazit



In der oben gezeigten Publikation haben wir uns schon mal verständigt, welche Programme nach der Prohibition folgen können. Das führt mich zu meinem dritten Fazit:

Das BtMG ist antiquiert, überfällig und gehört dringend auf den Prüfstand. Staatlich geduldete OK erhöht den Schwarzmarkt und wir befeuern sie. Wir verspielen durch diesen harschen Umgang die Glaubwürdigkeit und Legitimation unserer präventiven Bemühungen und verhindern damit eine sachliche Auseinandersetzung. Wir haben keine friedliche Koexistenz zwischen Drogenpolitik auf der einen und Drogenhilfe auf der anderen Seite. Wir befeuern eine hohe und langjährige Verelendung der Drogenkonsumentinnen und -konsumenten. Die Kriminalisierung bewirkt eine Ausgrenzung und kann möglicherweise Konsum- und kriminalitätsverfestigende Auswirkungen haben. Und am Ende stehen die hohen Kosten der Verwaltung des Drogenpolitik-Problems: Polizei, Gerichte, Haftanstalten.

Schlussbemerkung:

Die nötigen Politikschritte in der jetzigen Situation wären:

- eine kritische Gegenöffentlichkeit schaffen
- eine pragmatische und realitätsgerechte Substanzaufklärung in der Prävention
- eine übergeordnete Genuss- und Suchtdiskussion führen abseits der Krankheitsdiskussion
- Verbraucherschutz mit Drug-Checking als Vorgabe und die Partizipation und Integration von Betroffenenkompetenz
- Das BVG-Urteil zur Festlegung der geringen Menge für den legalen Gebrauch
- von anderen Regulierungsmodellen lernen und städteübergreifend alternative Abgabe- und Regulierungsmodelle entwickeln



Blick in den Saal.



Cannabis, eine psychoaktive Substanz – aus medizinischer und pharmakologischer Sicht

Prof. Dr. Volker Auwärter Institut für Rechtsmedizin,
Universitätsklinikum Freiburg



Konsumformen und Wirkstoffe

Wenn wir über Cannabis reden, was meinen wir dann? Wir haben zunächst verschiedene Konsumformen: Marihuana, Haschisch, Cannabisöl. Marihuana sind die getrockneten Blütenstände, Haschisch ist das Harz, das man aus den Blüten gewinnt und Cannabisöl erhält man durch Extraktion mit organischen Lösungen aus Cannabismaterial. Alle drei unterscheiden sich im Wirkstoffgehalt. Wichtig ist aber, dass Cannabis nicht nur den Stoff Tetrahydrocannabinol (THC) enthält, in der Cannabispflanze stecken mehr als 70 Cannabinoide, allerdings in geringeren Anteilen als THC. Das Cannabidiol kann zum Beispiel in sehr unterschiedlichen Anteilen darin zu finden sein. In der Pflanze sind alle Wirkstoffe erst einmal in Säureform enthalten und diese Vorläufer sind nicht psychoaktiv. Erst durch das Rauchen oder Erhitzen entsteht der spürbare Wirkstoff. Entscheidend ist, dass wir einen sehr variablen Anteil in der Pflanze haben, das betrifft sowohl den Gesamtwirkstoffgehalt als auch die Zusammensetzung.

Diese Varianz sollte man bei der Diskussion um den Umgang mit Cannabis im Hinterkopf behalten. Es geht ja um die hochpotenten Sorten, die immer wieder im Gespräch sind.

Cannabis: Konsumformen und Wirkstoffe

Marihuana

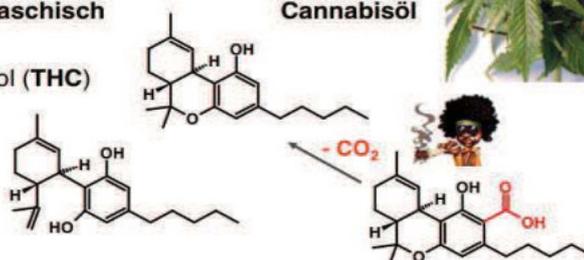
Haschisch

Cannabisöl



Δ^9 -Tetrahydrocannabinol (THC)

Cannabidiol (CBD) ...



Cannabinoide liegen in der Pflanzen zunächst als nicht psychoaktiv wirksame Säuren vor

Zusammensetzung des Cannabinoid-Anteils in Pflanzenmaterial ist sehr variabel (Cannabisvarietät/Chemotyp, Anbaubedingungen)!

Das heutige Cannabis ist sicherlich nicht mehr das, was es vor 20, 30 Jahren gewesen ist. Einiges hat sich verändert, aber wichtiger als der reine Wirkstoffgehalt, der in Diskussionen immer wieder angeführt wird, ist die Zusammensetzung und der kleiner werdende Anteil von Cannabidiol, das zum Teil antagonistische Wirkungen zum THC haben kann.

Das Problem bei dieser variablen Zusammensetzung ist, dass man für die medizinische Anwendung definierte Substanzen haben möchte. Man will genau dosieren können, und das geht nur mit definierten Wirkstoffgehalten. Mit Schwarzmarkt-Produkten ist das nicht möglich, auch wenn es für den Freizeitkonsumenten vielleicht ein interessanter Aspekt ist. So wie für den Weinkenner, der verschiedene Weinsorten genießt, kann der Cannabiskonsumt zwischen roten Libanesen und schwarzen Afghanen entscheiden und dadurch auch eine Art Kulturkonsum entwickeln – was sicher bei vielen Konsumenten der Fall ist. Bei der medizinischen Anwendung jedoch möchte man definierte Wirkstoffgehalte haben.

Definierte Wirkstoffgehalte und das Problem der Einnahme

Wie kann man dieses Problem lösen? Man kann THC isolieren in Reinform oder halbsynthetisch herstellen, dann wären wir bei Dronabinol, was in Deutschland ja auch als Medikament zugelassen ist, oder man nimmt ein Cannabisextrakt und standardisiert den z.B. auf das THC-Cannabidiol-Verhältnis, dann wäre man bei Sativex – auch ein Präparat, das es in Deutschland gibt. Weitere Möglichkeit, wenn man bei Pflanzenmaterial bleiben möchte, dass man definierte Sorten züchtet unter konstanten Anbaubedingungen, sodass man hinterher einen definierten Wirkstoffgehalt hat. Im Moment gibt es dazu in Deutschland noch kein fertiges Arzneimittel, aber über Apotheken in Holland kann man solche pflanzlichen Mittel beziehen, das sind diese Metrocan-Produkte.

Ein weiteres Problem für die medizinische Anwendung ist die Applikationsform. Man kann Cannabinoide oral aufnehmen, was aber aus vielen Gründen problematisch ist, vor allem, weil die Resorption im Gastrointestinaltrakt sehr variabel ist. Die Zeit bis die Wirkung eintritt und die Stärke der Wirkung kann stark variieren – je nachdem, ob man etwas gegessen hat oder nicht und wie stark die Motilität ausgeprägt ist. Das ist kaum reproduzierbar und für Patienten, die das therapeutisch anwenden möchte, ist das ein echtes Problem. Deswegen rauchen eben auch die meisten Patienten, die Cannabis medizinisch anwenden. Allerdings ist das Rauchen natürlich bedenklich. Es entstehen eine Menge Nebenprodukte, und der Rauch reizt die Atemwege. Man hat also ähnliche Gefahren wie beim Rauchen von Tabak.

Cannabis: Konsumformen und Wirkstoffe

Probleme für die medizinische Anwendung

-> **Wirkstoffgehalte, relative Anteile?**



Lösungsansatz:

- **Einsatz isolierter Substanzen (Dronabinol) oder von Kombinationen mit definiertem Mischungsverhältnis (Sativex: THC:CBD = 1:1)**
- **Zucht definierter Sorten unter konstanten Anbaubedingungen -> definierter Wirkstoffgehalt (Bedrocan)**

- > **Applikationsform (oral problematisch, Rauchen bedenklich)**
- **Vaporizer**
- **Spray zur Anwendung in der Mundhöhle**

Eine Alternative sind sogenannte Vaporizer. Cannabis wird nur erhitzt bis die Wirkstoffe verdampfen. Dadurch vermeidet man die giftigen Nebenprodukte, die beim Rauchen entstehen, die Atemwege werden zwar auch gereizt, aber lange nicht so stark wie beim Rauchen. Eine weitere Möglichkeit ist die Spraylösung und die Aufnahme über die Mundschleimhaut. Diese Variante wird zum Beispiel bei Sativex angewendet. Die Probleme im Kontext der medizinischen Anwendung sind also durchaus in den Griff zu bekommen.

Wie Cannabinoide wirken – das Endocannabinoid-System

Beim Freizeit-Cannabiskonsum spielt das Rauchen nach wie vor die größte Rolle, weil man darüber am einfachsten und schnellsten die Dosis so titrieren kann, bis man den gewünschten Zustand erreicht. Um zu verstehen, wie diese Cannabinoide wirken, muss man sich zunächst das Endocannabinoid-System näher anschauen. Es ist ein entwicklungsbiologisch sehr altes Signalübertragungssystem, das es nicht nur bei Säugetieren, sondern auch bei Fischen und Wirbellosen gibt. Das belegt, dass es wirklich sehr alt ist und ganz fundamentale Funktionen im Körper übernimmt. Das Endo-Cannabinoid-System besteht aus verschiedenen Rezeptoren und unterscheidet sich zunächst in CB1- und CB2-Rezeptoren, also Cannabinoid-Rezeptoren. Wobei man die CB1-Rezeptoren vor allem im zentralen Nervensystem findet und CB2-Rezeptoren hauptsächlich in den Zellen des Immunsystems.

Das Endocannabinoid-System

**Entwicklungsbiologisch sehr altes Signalübertragungssystem
(vorhanden in Säugetieren, Fischen, Wirbellosen)**

CB1-Rezeptoren

ZNS (Kleinhirn, Basalganglien,
Hippocampus, Cortex)

CB2-Rezeptoren

Zellen des
Immunsystems

Endocannabinoide, Enzyme (zum Auf- und Abbau der Endocannabinoide)

-> **Homöostase** (Herz-Kreislauf-System, Körpertemperatur, Schlaf-Wach-Rhythmus, Immunsystem ...)

CB1: Gedächtnis, Motorik, Schmerz, (psychotrope Wirkung)

CB2: Schmerz, Entzündung?, Arteriosklerose?



Zu diesem System gehören weiterhin endogene Stoffe, die an diesen Rezeptoren binden, das sind die sogenannten Endocannabinoide und Enzyme, die im Körper den Auf- und Abbau dieser Substanzen regulieren. Dieses ganze System ist verantwortlich für sehr viele Regelkreisläufe im Körper, dazu gehören beispielsweise das Herz-Kreislaufsystem mit Herzschlagfrequenz, Eng- und Weitstellung der Gefäße usw. oder auch der Blutdruck wird kontrolliert, die Körpertemperatur mitreguliert, der Schlaf-Wach-Rhythmus, das Immunsystem und viele andere Systeme.

Wie man sich vorstellen kann bei einem sehr alten System ist es in sehr viele Prozesse eingebunden. Über die CB1-Rezeptoren wird vor allem die psychotrope Wirkung vermittelt, und sie spielen eine Rolle bei Gedächtnis, Motorik und Schmerz. Den Schmerz finden wir auch bei CB2-Rezeptoren wieder, insofern ist die Cannabinoidforschung in der Pharmakologie auch bestrebt, über die Synthese von spezifischen Agonisten oder Antagonisten, die an einem oder auch an beiden dieser Rezeptoren angreifen, diese einzelnen Bereiche anzusprechen.

Über das CB2 legen Arbeiten nahe, dass man Arteriosklerose medikamentös behandeln kann und Entzündungen ganz allgemein. Es sind also anti-entzündliche Effekte, die man damit erzielen kann. Die therapeutischen Ansätze gehen über die Anwendung von Cannabis allerdings hinaus hin zu synthetischen Cannabinoiden, die in der Forschung seit Jahrzehnten eine große Rolle spielen. Inzwischen nicht mehr nur in der Forschung, sondern eben auch als Drogen.

Von Agonisten und Antagonisten

Bei Cannabinoiden kann man zunächst zwischen natürlichen und synthetischen unterscheiden. Zu den natürlichen gehören die Endocannabinoide wie das Anandamid. „Ananda“ kommt aus dem Sanskrit und heißt so viel wie „Abwesenheit von Unglück“ - den Zusammenhang kann man sich also sehr gut vorstellen. Dazu gehören auch die pflanzlichen Cannabinoide, die wir in der Cannabispflanze finden.

Zu den synthetischen Stoffen gehört unter anderem das JWH-018, das wir auch in Spice und ähnlichen Produkten finden. Inzwischen gibt es eine ganze Serie von mehr als 50 Substanzen,

die auf den Markt gekommen sind. Zu den synthetischen Cannabinoiden gehören zum Beispiel Nabilon, das als Medikament zugelassen ist, Rimonabant, das es inzwischen nicht mehr gibt, und im weiteren Sinne gehören zu den synthetischen Cannabinoiden auch Enzym-Inhibitoren, die auf- und abbauend die endogenen Cannabinoide steuern können. Betrachtet man die wiederum näher, kann man zwischen Agonisten und Antagonisten unterscheiden. Also solchen, die die Wirkung von Endocannabinoiden nachahmen und solchen, die diesen Prozessen entgegenwirken. Typische Agonisten wären der Cannabis-Wirkstoff THC zum Beispiel, wobei er eher ein partieller Agonist ist, der eine gedeckelte maximale Wirkung hat. Andere sind volle Agonisten, dazu gehören viele der synthetischen Cannabinoide, die diese Stoffe deshalb auch viel gefährlicher machen als Cannabis selbst. Insbesondere vor dem Hintergrund ist es sehr problematisch, dass junge Leute zum Teil ihren Cannabis-Konsum durch diese sehr viel gefährlicheren Drogen substituieren.

Rimonabant ist ein typischer Antagonist, der bei Adipositas eingesetzt wurde. Cannabiskonsumenten haben viel Appetit und essen gerne. Setzt man einen Antagonisten ein, führt das zur gegenteiligen Reaktion, der Appetit wird reduziert. Das kann bei Fettleibigkeit ein sehr gewünschter Effekt sein. Viele Patienten wurden allerdings gleichzeitig dysphorisch und depressiv, man verzeichnete eine erhöhte Selbstmordrate, deshalb wurde dieses Medikament wieder vom Markt genommen.

Unterscheiden lassen sich CB1- und CB2-spezifische Agonisten und Antagonisten. Damit ist eine gewisse Regulierung möglich, außerdem kann man versuchen, einzelne Effekte herauszuarbeiten und in Form einer Substanz zu isolieren. Allerdings gelang dies bisher nur mit mäßigem Erfolg.

Entscheidend ist auch, dass wir völlig unterschiedliche Potenzen vorfinden. Das heißt, die Menge eines Wirkstoffs, die wir brauchen, um einen gewünschten Effekt zu erzielen, ist höchst unterschiedlich – je nachdem welche Substanz man betrachtet. Ganz wichtig ist, dass Endocannabinoide direkt bei der Synapse gebildet und dort auch abgebaut werden und zwar nach Bedarf. Das kann in unterschiedlichen Hirnregionen völlig unterschiedlich sein. Wird exogen ein Endocannabinoid zugeführt, dann überschwemmt es die gesamte ZNS, und führt überall zu agonistischen oder antagonistischen Effekten. Über die Zufuhr von Cannabinoiden greift man also massiv ein in die homoestatischen Prozesse, die über das Endocannabinoid-System geregelt werden. So erklären sich auch die zum Teil ausgeprägten Folgewirkungen, wenn Cannabinoide konsumiert werden.

Arten von Cannabinoiden

- **Natürliche Cannabinoide** (Endocannabinoide wie Anandamid, pflanzliche Cannabinoide wie THC, CBD)
- **Synthetische Cannabinoide** (JWH-018, Nabilon/Cesamet®, Rimonabant/Acomplia®, Enzyminhibitoren wie URB-597 (FAAH) oder URB-754 (MAGL), JWH-133)

-> Es gibt **Agonisten** (volle, partielle) und **Inverse Agonisten/Antagonisten**

-> Es gibt **CB1-** und **CB2-spezifische** Rezeptorliganden

-> Unterschiedliche **Potenz**

-> **Endocannabinoide werden an der Synapse (nach Bedarf) gebildet und abgebaut**



Effekte des Cannabiskonsums

Cannabiskonsum lässt die Herzfrequenz steigen. Allerdings schwächt sich der Effekt wieder ab, wenn häufig konsumiert wird.

Die Gefäße erweitern sich, daher kommen auch die roten Augen. Die Gefäßerweiterung kann zum Absacken des Blutdrucks führen und zu Schwindel, wenn man schnell aufsteht. Folgen sind auch Mund- und Augentrockenheit, was wiederum ein wenig der Appetitsteigerung entgegen wirkt. Dies sind übrigens anticholinerge Wirkungen, die auch bei Atropin oder anderen pflanzlichen Stoffen auftreten. Man sieht, diese Systeme werden durch das Endocannabinoid-System angesprochen.

Zu den Folgen, die Konsumenten weniger interessieren, die aber therapeutisch interessant sind, gehört die Analgäsie, die Muskelrelaxierung. Sie erstreckt sich auch auf die Bronchien und kann deshalb bei Asthma Linderung verschaffen, obwohl das Rauchen wieder reizt und dem entgegen wirkt. Ein weiterer Effekt ist Aliemesis, das heißt, ein Brechreiz wird unterdrückt. Therapeutisch ist das bei HIV-Patienten interessant oder in der Chemotherapie.

Die Senkung des Augeninnendrucks ermöglicht eine interessante Anwendung beim Grünen Star. Wegen der Senkung der Körpertemperatur wird Cannabis sicher nicht als Antifieber-Medikament eingesetzt, aber es gibt ein lustiges Bonmot, das man bei der Maus beobachten kann: Sie hält im Laufen inne, hält ein Bein in die Luft gestreckt und bewegt sich nicht weiter. Ataxie nennt man das. Menschen unter Cannabiseinfluss machen dies üblicherweise nicht – jedenfalls habe ich das noch nicht beobachtet.

Psychische Effekte von Cannabis

Typische psychische Effekte von Cannabis sind Euphorie, Wohlbefinden, Angstminderung, Entspannung. Das ist, was der Konsument natürlich erstrebt. Konsumenten empfinden Zeitintervalle außerdem als länger als sie tatsächlich sind. Die Wahrnehmung wird intensiviert, und es kann zu einer gesteigerten Kreativität kommen.

Daneben gibt es kognitive Störungen, die noch durchaus lustig sein können: etwa, wenn das Gedächtnis nicht mehr richtig funktioniert, die Aufmerksamkeit nachlässt, und dieses assoziativ gelockerte Denken einsetzt. Es kommt häufig zu den als sehr komisch empfundenen Situationen, die dann zu diesen berühmten Lachattacken führen können. Andererseits kann der Konsum auch Dysphorie auslösen, Angstzustände, Panikattacken bis hin zu Depersonalisation. Insbesondere bei höheren Dosen kann es zu einer ausgeprägten Sedierung und zu Pseudo-Halluzinationen kommen. Die Reaktionsfähigkeit und Feinmotorik werden reduziert, was natürlich beim Autofahren ein wichtiger Effekt ist.

Die Bewegungskoordination kann positiv oder negativ beeinflusst werden. Für gewöhnlich wird sie schlechter aber bei hyperkinetischem Syndrom kann sie deutlich verbessert werden. Das kann so weit gehen, dass Menschen, die im Normalzustand überhaupt nicht fähig sind, ein Auto sicher zu führen, erst nach Cannabiskonsum dazu in der Lage sind. Zu diesem Phänomen gibt es sehr interessante Arbeiten.

Typische Cannabiswirkungen (akut)

Körperlich

- **Tachykardie (Herzfrequenz ↑)**
- **Gefäßerweiterung (Blutdruck, rote Augen)**
- **Mund-/Augentrockenheit (anticholinerg)**
- **Appetitsteigerung („Fressflash“)**
- **Analgesie**
- **Muskelrelaxierung (auch Erweiterung der Bronchien)**
- **Antiemesis**
- **Senkung des Augeninnendrucks (Glaukom)**
- **Senkung der Körpertemperatur (Maus!)**

Typische Cannabiswirkungen (akut)

Psychisch

- **Euphorie/Wohlbefinden/Anxiolyse/Entspannung („High“)**
- **Verändertes Zeitgefühl**
- **intensivierte Wahrnehmung**
- **gesteigerte Kreativität**
- **kognitive Störungen (Gedächtnis, Aufmerksamkeit, assoziativ gelockertes Denken → Lachattacken)**
- **Dysphorie/Angstzustände/Panikattacken/Depersonalisation**
- **Sedierung**
- **(Pseudo-)Halluzinationen**
- **Reaktionsfähigkeit, Feinmotorik ↓(Auto fahren!)**
- **Bewegungskoordination (+/-, -> ADHS)**

Langzeitwirkungen

Wenn man lange und anhaltend viel kiff, geht es natürlich mit den kognitiven Fähigkeiten abwärts. Das trifft aber letztlich für alle rauscherzeugenden Substanzen zu. Es gibt das Phänomen der Abhängigkeit, zumindest wenn man die ICD-10-Kriterien – ein relativ grobes Raster – anwendet. Danach kann man grob sagen, dass jeder 10. Cannabiskonsument eine Form der Abhängigkeit entwickelt. Allerdings sagt das noch nichts darüber aus wie schwerwiegend die ist, und ob diese Abhängigkeit den Menschen wirklich beeinträchtigt. Das Rauchen führt natürlich zu negativen Effekten, birgt die Risiken von chronischer Bronchitis und Krebs, und psychisch kann es zu einer beschleunigten Auslösung oder Verschlechterung von

schizophrenen Psychosen kommen. In dem Zusammenhang kann CBD allerdings teils antagonistische Effekte haben. Es ist durchaus im Gespräch, dieses CBD-Cannabinoid als Neuroleptikum zur Behandlung schizophrener Psychosen einzusetzen.

Als Langzeitwirkungen treten häufig Partnerschaftsprobleme auf, bekannt sind auch fötale Entwicklungsstörungen, die man vor allem aus tierexperimentellen Studien kennt, und die sich im adoleszenten Alter in Verhaltensstörungen äußern. Es gibt Studien, die diese Effekte auch beim Menschen zeigen. In der Schwangerschaft ist von Cannabis also abzuraten.

Cannabiskonsum wirkt sich auch auf das Hormonsystem aus. Die Effekte scheinen aber schwach ausgeprägt und reversibel zu sein. Außerdem entwickelt sich relativ schnell eine Toleranz. Das heißt, die Effekte zeigen sich am Anfang des Konsums und dann sehr bald nicht mehr.

Das größte Problem des Konsums sind sicher die beim Rauchen entstehenden Verbrennungsprodukte, jedenfalls was die Akutwirkung angeht. Föten und natürlich auch Kinder sind besonders vulnerabel bezogen auf ihr Verhalten und ihre Gehirnentwicklung. Ein generelles Problem bei dieser Risikoeinschätzung ist, dass man zwar viele tierexperimentelle Studien hat, die aber nur sehr eingeschränkt auf den Menschen übertragbar sind. In weitaus größerem Maß gilt das für Zellmodelle, die noch viel weniger einen kompletten lebenden Organismus widerspiegeln können und bei epidemiologischen Studien kommen häufig gravierende Qualitätsmängel hinzu, sodass man nur spekulieren kann, ob es einen entsprechenden Bias gibt, je nachdem was das gewünschte Ergebnis ist. Das macht die Sache natürlich schwierig.

Typische Cannabiswirkungen/-risiken

Langzeitwirkungen

- **kognitive Fähigkeiten bei starkem, chronischem Konsum reduziert**
- **ca. 10 % der Konsumenten erfüllen die ICD 10-Kriterien für Abhängigkeit**
- **chronische Bronchitis, Krebs (Rauchkonsum)**
- **Psyche: beschleunigte Auslösung/Verschlechterung schizophrener Psychosen (CBD?), Partnerschaftsprobleme**
- **fötale Entwicklungsstörungen des Gehirns**
-> **Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter**

Eher geringe und reversible Effekte (Toleranz) auf

- **Hormonsystem: Einfluss auf Sexualhormone, Zuckerstoffwechsel**
- **Reproduktion: Spermienzahl↓, Sterilität↑**
- **Immunsystem**

Forensische Nachweismethoden

In Urinproben weist man die THC-Carbonsäure bzw. deren Glucuronid nach. Dies ist Tage sogar bis über einen Monat nach dem Konsum möglich, je nachdem wie stark man fortgesetzt konsumiert hat. In Blutproben werden THC und seine Abbauprodukte festgestellt und in der Regel hat man innerhalb weniger Stunden einen Wert, der unter ein Nanogramm pro Milliliter liegt. Das ist auch der Grenzwert, der häufig diskutiert wird und zur Anwendung kommt.

In Haaren analysiert man THC und das Abbauprodukt THC-Carbonsäure. Interessant ist, das haben wir in einigen Arbeiten nachweisen können, wenn THC analysiert wird, erfasst man TCH-H mit, also den Vorläufer aus der Pflanze. Was nachgewiesen wird, kommt also gar nicht vom Rauchen aus dem Körperinneren, sondern wird über die Hände oder den Rauch übertragen – etwa, wenn man die Pflanze angefasst hat und sich am Kopf kratzt. Insofern ist das kein wirklicher Konsumnachweis, da muss man aufpassen. THC-Carbonsäure kann dabei etwas Abhilfe schaffen. Bei der MPU wird die Haaranalyse als Abstinenznachweis gemacht, vor

dem Hintergrund, dass man auch die manuelle Übertragung mitmisst, ergibt sich daraus ein gewisses Problem. Die Urinanalyse wird allerdings ergänzend dazu auch gemacht. Im Straßenverkehr wiederum geht es um Blutuntersuchungen, die auch zur Alkoholbestimmung verwendet werden können.

Forensische Nachweismöglichkeiten

Urinproben: THC-Carbonsäure-Glucuronid. Tage bis Monate nach dem letzten Konsum nachweisbar (Akkumulation in tiefen Kompartimenten)

Blutproben: THC, 11-OH-THC, THC-Carbonsäure (frei). THC sinkt i. d. R. innerhalb weniger Stunden unter 1,0 ng/ml (cave Akkumulation bei häufigerem Konsum) / hohe THC-Carbonsäure-Werte sprechen für einen chronisch-exzessiven Konsum

Haare: THC, THC-Carbonsäure. THC (THC Acid A) praktisch nur „von außen“ (Rauch, Hände ...), THC-Carbonsäure-Konzentrationen sehr klein, Eintragung über Sebum/Schweiß (Körperpassage bewiesen, cave Kinder/Partner)

MPU: Haaranalyse auf THC(!), Urinanalyse auf THC-Carbonsäure-Gluc.
Straßenverkehr: Blutuntersuchung

Cannabis und Straßenverkehr

Die Teilnahme am Straßenverkehr unter Cannabiseinfluss ist im Verhältnis zur strafrechtlichen Betrachtung für Konsumenten ein sehr wichtiges Thema. Auch wegen der Folge, dass einige Konsumenten deshalb auf „legale“ synthetische Drogen ausweichen. Sicher ist Cannabiskonsum im Straßenverkehr keine gute Idee, es kommt allerdings relativ selten zu Unfällen. Was sicher daran liegt, dass Cannabiskonsumern ihre Beeinträchtigung relativ selbstkritischer wahrnehmen als Alkoholkonsumenten. D.h. sie fahren in der Regel nicht Auto und wenn sie es tun, fahren sie viel defensiver als ein alkoholisierter Mensch. Es sollte natürlich ein ausreichender Zeitabstand zwischen Konsum und dem Autofahren eingehalten werden.

Sanktionen gibt es zum einen für die Straftat im Straßenverkehr, wenn man wirklich berauscht fährt und nicht mehr in der Lage ist, sicher ein Fahrzeug zu führen. Aber es gibt gleichzeitig eben auch die Ordnungswidrigkeit, die schon bei Werten erfüllt ist, bei denen ein Konsument in der Regel noch überhaupt keine Effekte zeigt. Entscheidend dabei: bei Cannabiskonsum wird grundsätzlich die Fahreignung bezweifelt, was automatisch zum sofortigen Führerscheinentzug führt oder zur Aufforderung, eine MPU vorzulegen – und dies binnen einer Frist von zwei Monaten.

Um allerdings ein positives MPU-Gutachten zu bekommen, braucht der Betroffene aber mindestens ein Jahr ohne Konsum. Faktisch bedeutet die Aufforderung zur MPU also schon den Führerscheinentzug. Das ist ein seltsamer Zustand, da man Konsumenten einerseits auffordert, etwas zu tun und ihnen gleichzeitig eine Frist setzt, die es ihnen völlig unmöglich macht, die Auflage zu erfüllen.

Problematik Cannabis im Straßenverkehr

- **Als Folge der wirkungsbedingten Defizite kann es zu schweren Unfällen kommen, diese sind aber relativ selten**
- **Cannabiskonsumenten nehmen ihre Beeinträchtigung selbstkritischer wahr als alkoholisierte Personen**
- **Ausreichender Zeitabstand zwischen Konsum und Straßenverkehrsteilnahme („Trennungsvermögen“)!**

Sanktionen:

- OWi (§ 24a StVG), Grenzwert 1,0 ng/ml THC im Blutserum
- Straftat (§§ 315c/316 StGB), Nachweis + wirkungsbedingte Ausfallerscheinungen

Darüber hinaus wird bei Cannabiskonsum generell die Fahreignung bezweifelt (BVerwG: Sofortentzug der Fahrerlaubnis bei Kraftfahrern, bereits wenn OWi-Tatbestand erfüllt oder bei Konsum von Cannabis und Alkohol außerhalb des Straßenverkehrs; vgl. FeV).



Zusammenfassung

Cannabis hat eine Vielzahl von Effekten, die therapeutisch genutzt werden können, aber es gibt auch eine Menge unerwünschte Effekte – wie es praktisch auf alle Medikamente zutrifft.

Das gefährlichste an Cannabis sind die Schäden, die durch das Rauchen entstehen.

Problematisch ist Cannabis-Konsum bei Schwangeren, Kindern und Jugendlichen.

Psychiatrische Patienten oder Leute mit einer entsprechenden Prädisposition sind natürlich ebenfalls gefährdet

Cannabis und Straßenverkehr vertragen sich nicht. Wobei der Fahrerlaubnisentzug eine „Sanktion durch die Hintertür“ ist, die ich für sehr problematisch halte, da das Motiv Verkehrssicherheit bei den Grenzwerten nicht greift.

Buchempfehlung: Cannabis und Cannabinoide – Pharmakologie, Toxikologie und therapeutisches Potenzial, Franjo Grothenhermen (Hrsg.), 2004, Verlag Hans Huber)

Fazit:

Cannabis muss nicht gut sein, aber kann gut sein für die Gesundheit!

Fragen aus dem Publikum

Cannabiskonsumenten, die mit einem Nanogramm THC pro Milliliter im Blut im Straßenverkehr erwischt werden, sind ihren Führerschein los. Wie der Grenzwert ermittelt wurde und wie gerichtsfest diese Grenze ist, war ein Thema der Fragerunde nach dem Vortrag. Professor Auwärter machte deutlich, dass der Wert auf Empfehlung der Grenzwertkommission als eine Art „Kompromiss“ festgelegt wurde, weil er ohne Weiteres in allen Labors zu messen ist. Ziel sei die Definition der Ordnungswidrigkeit analog zur 0,5 Promille-Grenze beim Alkohol gewesen. Anders als bei der 0,5 Promille-Grenze beim Alkohol, bei der das Unfallrisiko bereits doppelt so hoch liege wie bei Nichtalkoholisieren, sei bei einem Nanogramm THC allerdings weder eine Wirkung noch eine Beeinträchtigung der Fahrleistung festzustellen. Das ist aus Sicht Auwärters im Vergleich zu alkoholisierten Autofahrern zwar ungerechtfertigt, dennoch sei der Grenzwert – von einem BVG-Urteil bestätigt – verwaltungsrechtliche Praxis.



Eine weitere Frage zielte auf reduzierte kognitive Fähigkeiten, die ein Langzeitkonsum von Cannabis nach sich zieht und inwieweit diese Schädigung irreversibel sind. Professor Auwärter machte deutlich, dass es dazu keine belastbaren Studien gebe, da es schwierig sei, diese Schäden monokausal auf den Cannabiskonsum zurückzuführen. „Wer 20 Jahre lang kifft, hat vermutlich noch sehr viel anderes in seinem Leben nicht richtig gemacht.“ Zur Reversibilität gebe es ebenfalls keine Studie.

Das führte zur Frage nach der Abhängigkeitsdiagnose ICD-10 und ob diese verlässlich aussage, dass ein Konsument auch ein akutes Problem hat – was Auwärter klar mit „Nein“ beantwortete. Zum Thema Schmerzpatienten und Cannabis hält er standardisierte Medikamente zwar als erstrebenswert, würde aber pragmatisch auf die Situation von Betroffenen reagieren, die Cannabis als Medikament nicht verschrieben bekommen oder die Therapie mit den teuren standardisierten Medikamenten nicht finanzieren können: Als Ultima Ratio sei Schwarzmarkt oder Eigenanbau „besser als nichts“.



Cannabis und das Legalitätsprinzip – der polizeiliche Blick

**Dirk Peglow, Bund Deutscher Kriminalbeamter (BDK),
Landesverband Hessen**

Die Erste Frankfurter Fachtagung zu Cannabis steht unter dem Motto „prag-matische Lösungen statt festgefahrener Debatten“. Das ist eine hervorragende Grundaussage, leider müssen wir aber feststellen, dass die Diskussionen zur Thematik einer Entkriminalisierung bzw. kontrollierten Abgabe von Cannabis vielfach nicht von dieser Grundhaltung geprägt sind.

Der Bund Deutscher Kriminalbeamter hat unter dem Titel „Der aussichtslose Kampf gegen Drogen – ist Kriminalisierung die Antwort“ im September 2014 in Leipzig ebenfalls eine Tagung ausgerichtet, an der Fachleute verschiedener Richtungen teilgenommen haben. Im Ergebnis haben wir als Berufsvertretung der Kriminalpolizei zur Kenntnis nehmen müssen, dass die Antwort auf Fragen bezüglich einer Liberalisierung des Betäubungsmittel-rechts nicht ohne Weiteres mit Ja oder Nein beantwortet werden können und ein „Weiter so“ im Bereich der Bekämpfung der Betäubungsmittel-kriminalität der falsche Weg ist.

Vor diesem Hintergrund möchte ich eine vielleicht enttäuschende Kernaussage vorwegnehmen. Sie werden auch von mir kein Ja oder Nein als Antwort auf diese Fragen erhalten, weder in meiner Eigenschaft als Beamter des Polizeipräsidiums Frankfurt, noch als Vertreter des Bundes Deutscher Kriminalbeamter.



Kein Ermessensspielraum

Den polizeilichen Blickwinkel zur Frage der Freigabe bzw. Entkriminalisierung von Cannabis würde ich – wenn ich es freundlich ausdrücken will – als eingeschränkt bezeichnen. Bei Betrachtung der gesetzlichen Grundlagen, insbesondere des in § 163 Strafprozessordnung (STPO) formulierten Legalitätsprinzips muss man zu dem Schluss kommen, dass die Polizei im Hinblick auf die Verfolgung von Straftaten auch aus dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) keinen Ermessens-spielraum hat. Wir sind nach § 163 der Strafprozessordnung verpflichtet, Straftaten zu erforschen und alle keinen Aufschub gestattenden Anordnungen zu treffen, um die Verdunkelung der Sache zu verhüten. Der Polizei bleibt kein Ermessensspielraum – mit dem Hinweis könnte ich bereits meinen Beitrag schließen. Als Vollzugsbehörde sind wir an die gesetzlichen Grundlagen gebunden. Diese geben uns vor, dass wir jeden Verstoß gegen das BtMG anzeigen müssen, unabhängig davon, ob es sich um ein Konsumenten- oder Handelsdelikt handelt.

Strafverfolgungszwang

Jede Kollegin/jeder Kollege, der im Zuge des Auffindens von Betäubungsmitteln nicht für die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens wegen eines Verstoßes gegen das BtMG sorgt, macht sich wegen des Verdachts des Tatbestands der Strafvereitelung im Amt gemäß § 258a StGB strafbar.

Zusammenfassend bedeutet das, dass es uns nicht zusteht, das polizeiliche Handeln an der Frage einer Entkriminalisierung von Konsumenten auszurichten.

Jenseits dieses Strafverfolgungszwangs müssen wir als Polizei jedoch konstatieren, dass unsere und insbesondere auch die Rolle der Justiz in punkto Drogenpolitik aufgrund verschiedener Entwicklungen der vergangenen Jahre eine aktuelle Betrachtung erfahren muss. Nicht zuletzt die Resolution von 122 Strafrechtsprofessoren zur Einrichtung einer Enquete-Kommission im Deutschen Bundestag, auch der im September 2014 formulierte Appell von Kofi Annan an die Vereinten Nationen hinsichtlich der Einführung einer liberaleren Drogenpolitik sind Beleg dafür, dass der Cannabis-Beschluss des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 1994 gut 20 Jahre nach seiner Fassung einer neuerlichen rechtspolitischen Diskussion bedarf.

Bei der Annäherung an die Thematik der Legalisierung oder Entkriminalisierung von Cannabis ist aus polizeilicher Sicht der Blick auf das vorhandene Zahlenmaterial unerlässlich. Den jährlich 74.000 Todesfällen durch den Missbrauch von Alkohol und den 114.000 Toten durch Tabakkonsum stehen im Jahre 2013 insgesamt 1002 Drogentote gegenüber. Sind die Gründe für die im Vergleich niedrige Zahl Drogentoter in einer restriktiven Drogenpolitik und -gesetzgebung zu sehen?

Die Frage sei zunächst dahin gestellt und der Blick im Folgenden auf weitere Daten aus der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) gerichtet – sowie auf die daraus zu entnehmenden Kernaussagen. Dabei gilt es zu bedenken, dass es sich bei Betäubungsmittelkriminalität in den allermeisten Fällen – insbesondere bei den Konsumdelikten – um sogenannte „Kontrollkriminalität“ handelt. Also um Straftaten, die nur durch proaktive polizeiliche Maßnahmen zur Anzeige und damit Zählung in der PKS kommen.

Bundeslagebild Rauschgiftkriminalität aus dem Jahre 2013

- **253.525** Btm-Delikte
- **189.783** Konsum (-nahe) Delikte (75%)
- **210.792** Tatverdächtige (+6%)
- **43.306** nichtdeutsche Tatverd.
- **145.013 Cannabisdelikte höchster Wert seit 5 Jahren** (57 %)
- **230.000** Handelsdelikte in der EU
- **1.000.000** Konsumdelikte in der EU
- **1002** Rauschgifttodesfälle (+6%)
- Anstieg konsumnaher Delikte
- Leichter Rückgang der Handelsdelikte

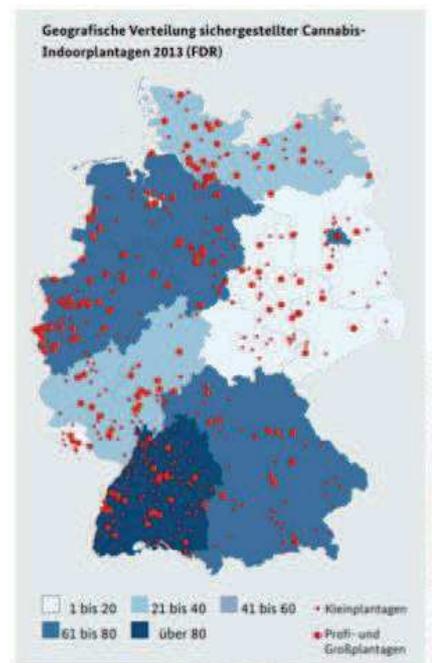
Quelle: BKA, Bundeslagebild Rauschgiftkriminalität 2013



- Weiterhin unverminderter Anbau von Cannabis in In- und Outdoor-Plantagen
- Häufige Drogenbeschaffung in den Niederlanden
- Rückgang der Sicherstellungszahlen/ -mengen von Haschisch
- Marihuana-Sicherstellungen weiterhin auf hohem Niveau
- Rückläufige Zahl der Heroindelikte
- Steigender Konsum synthetischer Drogen
- Erneuter signifikanter Anstieg der EKHD von „Crystal“
- Rückläufige Gesamtzahl Erstauffälliger Konsumenten harter Drogen (EKHD)

28 Profiplantagen	=	31.199 Pflanzen
184 Großplantagen	=	47.007 Pflanzen
479 Kleinplantagen	=	15.565 Pflanzen

691 Plantagen	=	93.771 Pflanzen



Heroin (Kg)

474 kg in 2010
 498 kg in 2011
 242 kg in 2012
 270 kg in **2013**

Haschisch (Kg)

2.144 kg in 2010
 1.747 kg in 2011
 2.386 kg in 2012
 1.770 kg in **2013**

Marihuana (Kg)

4.298 kg in 2010
 3.957 kg in 2011
 4.942 kg in 2012
 4.827 kg in **2013**

Crystal (Kg)

4 kg in 2008
 7 kg in 2009
 27 kg in 2010
 40 kg in 2011
 75 kg in 2012
77 kg in 2013

	2012 Hessen	2012 Frankfurt	2013 Hessen	2013 Frankfurt
Verstöße BtmG gesamt	15.878	6.440	16.909	6.125
Besitz Cannabis	8.513	2.855	9.366	2.798
Handel Cannabis	1.040	153	1.184	191

Verurteilungsstatistik???

Folgen für die polizeiliche Praxis

Was bedeuten all diese Daten nun für die polizeiliche Praxis? Mit welchen polizeilichen Maßnahmen und im Anschluss auch juristischen Konsequenzen wird der Konsument nach der aktuellen Rechtslage konfrontiert? Einige Beispiele sollen die polizeiliche Praxis bei Konsumentendelikten im Bereich Marihuana verdeutlichen:

In Hessen gab es 2013 genau 9366 Fälle des Erwerbs und Besitzes von Cannabis. Das heißt, dass es sich in 55 Prozent aller Fälle, bei denen die Polizei einschritt, um Verstöße gegen das BtMG wegen des Erwerbs und Besitzes von Cannabis handelte.

In 9366 Fällen wurden Ermittlungsverfahren durch die jeweils tätigen Kolleginnen und Kollegen eingeleitet und im Anschluss zur weiteren Entscheidung den zuständigen Staatsanwaltschaften (StA) vorgelegt.

Wie wir alle wissen erfolgen seitens der StA insbesondere im Bereich der Konsumdelikte, bundesweit sehr häufig Verfahreinstellungen im Sinne des § 31 a BtMG.

Für den Zuständigkeitsbereich der StA Frankfurt am Main gilt aktuell, dass Ermittlungsverfahren im Bereich des Erwerbes oder Besitzes von Cannabis bei Mengen bis zu 6 Gramm nicht nur beim Ersttäter eingestellt werden. Leider existieren bei der Anwendung des § 31 a BtMG keine bundeseinheitlichen Regelungen. Aufgrund der nur sehr ungenauen statistischen Daten zu Verurteilungen lässt sich die Zahl der eingeleiteten Verfahren laut PKS nicht exakt in eine Beziehung zu den daraus resultierenden Verurteilungen setzen.

Vereinfachte Vorgangsbearbeitung

Weniger wegen der Einstellungspraxis, sondern mehr wegen der Vielzahl der Konsumdelikte hat die Hessische Polizei vor geraumer Zeit die sogenannte „vereinfachte Vorgangsbearbeitung“ eingeführt, um den Arbeitsaufwand zu reduzieren.

Hierdurch liegt die durchschnittliche Bearbeitungsdauer eines Konsumentendelikts bei ca. einer Stunde. Falls eine erkennungsdienstliche Behandlung der betreffenden Person erforderlich ist, erhöht sich die Bearbeitungsdauer auf anderthalb bis zwei Stunden. Die erkennungsdienstliche Behandlung ist bei einem erstauffälligen Konsumenten jedoch in der Regel aus Gründen des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes zu verneinen.

Eine chemische Untersuchung des sichergestellten Rauschgiftes wird im Rahmen der vereinfachten Vorgangsbearbeitung im Zuständigkeitsbereich des PP Frankfurt erst ab einer Menge von mehr als 15 Gramm veranlasst. Die Praxis zeigt jedoch, dass in Hessen zum Teil auch bei geringeren Sicherstellungsmengen chemische Untersuchungen beauftragt werden.

Die Kosten einer solchen chemisch-toxikologischen Untersuchung liegen bei etwa 200 Euro. Vor dem Hintergrund der erwähnten Einstellungspraxis der Staatsanwaltschaft sollte die Frage erlaubt sein, ob die Ausgaben für die ein solches Gutachten gerechtfertigt sind. Leider liegen mir keine Zahlen dazu vor, wie viele Gutachten jährlich durch das Hessische Landeskriminalamt

erstellt werden, deren Ergebnis bei der Staatsanwaltschaft eingeht, wenn das zugrundeliegende Ermittlungsverfahren bereits eingestellt ist.

Was die Kosten angeht, sei am Rande nur erwähnt, dass der Einsatz einer Beamtin oder eines Beamten in der Besoldungsgruppe A 10 – also einer Polizeioberkommissarin oder eines Polizeioberkommissars stündlich mit ca. 53,- € zu Buche schlägt.

Umgang mit „Drogenfahrten“

Neben der Einleitung eines Ermittlungsverfahrens wegen eines Verstoßes gegen das BtMG erfolgen seitens der ermittelnden Polizeibeamten je nach Persönlichkeit des Beschuldigten noch Unterrichtungen anderer Behörden, so z. B. die Führerscheinstellen, die Jugendämter oder aber die Ausländerbehörden.

Ein weiteres Betätigungsfeld der Polizei liegt in der Bearbeitung sogenannter „Drogenfahrten“, bei denen ebenfalls ein Anstieg zu verzeichnen ist.

Im Zusammenhang mit der Bearbeitung von Verkehrsverstößen existierten anders als bei Fahrten unter Alkoholeinfluss bei den Fahrten unter Einfluss berauschender Mittel lange Zeit keine klaren Abgrenzungskriterien, wann der Betreffende im Bereich der absoluten Fahruntüchtigkeit war.

Das Bundesverwaltungsgericht in Leipzig hat in seiner Entscheidung vom 23.10.14 festgestellt, dass der Entzug der Fahrerlaubnis bei einem gemessenen THC-Wert von einem Nanogramm pro Milliliter Blut gerechtfertigt gewesen ist. Hinsichtlich der Ahndung einer „Drogenfahrt“ durch die Polizei kommen neben der Straßenverkehrsgefährdung gem. 315c StGB und der Trunkenheitsfahrt gem. 316 StGB auch eine Ordnungswidrigkeit gem. § 24a Straßenverkehrsgesetz infrage.

Während im Bereich einer Trunkenheitsfahrt beim Ersttäter Geldstrafen von einem Monatsgehalt sowie ein 9-monatiger Führerscheinentzug üblich sind, erwartet den Ersttäter eines Verstoßes gegen § 24 a StVG eine Geldbuße von 500,- €, dazu zwei Punkte in Flensburg und ein vierwöchiges Fahrverbot. Bei Wiederholungstätern werden die Werte üblicherweise verdoppelt.

Neben der Einleitung entsprechender Ermittlungsverfahren wegen des Verkehrsdeliktes ist, nach Feststellung des Konsums berauschender Mittel durch die Polizei, weiterhin ein Ermittlungsverfahren wegen eines Verstoßes gegen § 29 BtMG einzuleiten, da nach den allgemeinen Lebenserfahrungen dem Konsum von Rauschgift auch der Erwerb vorausgeht, soweit jedenfalls die Einschätzung des Hessischen Generalstaatsanwalts.

In dem Zusammenhang erlauben sie mir den Hinweis darauf, dass die Rechtsprechung bezüglich der sogenannten „Raucherrunden“ ausreichend Beispiele dafür bietet, dass dem straflosen Konsum von BtM nicht immer ein Erwerb i. S. d. § 29 BtMG vorausgehen muss. Unabhängig davon sind wir als Polizei jedoch auch hier verpflichtet, entsprechende Ermittlungsverfahren einzuleiten.

Was die Verkehrsdelikte anbelangt, lassen sich bei der Ahndung der Verstöße keine Unterschiede zwischen dem Konsum von Alkohol oder Cannabis erkennen. Die Gefährlichkeit eines Fahrzeugführers, der unter Einfluss von Alkohol oder sonstigen berauschenden Mitteln am Straßenverkehr teilnimmt, ist wohl unstrittig. Was aber, wenn jemand ein Fahrzeug führt und lediglich geringe Mengen Cannabis bei sich hat, ohne diese zuvor konsumiert zu haben? In diesem Fall erfolgt zunächst die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens wegen eines Verstoßes gegen § 29 BtMG.

Auch wenn der Beschuldigte mit hoher Wahrscheinlichkeit damit rechnen kann, dass das staatsanwaltschaftliche Verfahren eingestellt wird, drohen ihm aufgrund der Mitteilungspflichten der Polizei gegenüber den Führerscheinstellen zusätzliche Konsequenzen im Hinblick auf seine Fahrerlaubnis.



Verlust des Führerscheins auch ohne „Drogenfahrt“

Gemäß der Anlage 4 zur Fahrerlaubnis-Verordnung gilt jemand ungeeignet zum Führen eines Kraftfahrzeuges, wenn er u. a. Betäubungsmittel i. S. d. BtMG einnimmt. Ausdrücklich ausgenommen von dieser Regelung ist jedoch das Betäubungsmittel Cannabis. Hier wird die Fahrerlaubnis erst bei einem regelmäßigen Konsum entzogen oder aber bei einem Mischkonsum wie z. B. Cannabis und Alkohol oder andere berauschende Mittel.

Dieser Konsum muss allerdings nicht in einem unmittelbaren Zusammenhang mit dem Führen eines Kraftfahrzeuges stehen. Das Bundesverwaltungsgericht hat im Jahre 2013 festgestellt, dass der "Mischkonsum von Cannabis und Alkohol selbst dann die Annahme mangelnder Fahreignung" rechtfertigt, wenn der Konsum "nicht im Zusammenhang mit der Teilnahme am Straßenverkehr steht".

Nach der gängigen Praxis ist den Kolleginnen und Kollegen der Polizei durchaus bewusst, dass sie bei der Fertigung von Strafanzeigen im Bereich der Konsumdelikte in einer Vielzahl von Fällen gewissermaßen für den Papierkorb arbeiten, der allerdings ausschließlich bei der Staatsanwaltschaft steht.

Folgen der Liberalisierung des Betäubungsmittelrechts

Bleibt die Frage, was eine Liberalisierung des Betäubungsmittelrechts für die polizeiliche Praxis bedeuten würde. Die Frage lässt sich nur schwer beantworten, wenn entsprechende Gesetzesvorlagen fehlen. Mit Sicherheit kann man aber sagen, dass das polizeiliche Einschreiten differenzierter und somit auch schwieriger wird. Polizeibeamte werden damit konfrontiert, nur noch sehr schwer zwischen „Konsumentenbesitz“ oder „Handelsbesitz“ unterscheiden zu können.

Der Grat zwischen der Verfolgung Unschuldiger und der notwendigen Einleitung eines Ermittlungsverfahrens wird schmaler werden. Wir werden in Situationen kommen, wo wir aus Gründen der Gefahrenabwehr geringe Mengen Cannabis sicherstellen und Rechtsansprüche der

Eigentümer auf Herausgabe bestehen. Die Ermittlungsführung im Bereich der Handelsdelikte wird ebenfalls schwieriger werden, da i. S. der im hiesigen Justizsystem verankerten Unschuldsumvermutung zunächst von einem legalen Besitz auszugehen ist.

Bei aller Spekulation hinsichtlich der Folgen einer Änderung des Betäubungsmittelrechts dürfte jedoch auszuschließen sein, dass eine kontrollierte Freigabe die Verdrängung des Schwarzmarktes zur Folge haben, sondern lediglich zu einer Reduzierung der Anbieter führen wird.

Ich gehe davon aus, dass auch eine Neufassung des BtMG den Konsum von Cannabis durch Minderjährige verbieten wird.

Bestimmungen wie der aktuelle § 29 a BtMG, der u. a. die Abgabe von Betäubungsmitteln durch Personen über 21 Jahren an Personen unter 18 Jahren zu einem Verbrechenstatbestand erhebt und eine Mindeststrafe von einem Jahr Freiheitsstrafe vorsieht, werden – so hoffe ich – auch nach einer Liberalisierung im BtMG enthalten sein.

Aus meiner Sicht als Praktiker ist jedoch zu erwarten, dass der Schwarzmarkt sich dann verstärkt um die kümmern wird, die nicht die Möglichkeit haben, sich Cannabis zu beschaffen, also um die Minderjährigen.

Unter anderem deswegen muss nach Auffassung der Polizei eine Liberalisierung des Betäubungsmittelrechts durch verstärkte Maßnahmen im Bereich des Kinder- und Jugendschutzes flankiert werden.

Ziele des Bundes Deutscher Kriminalbeamter

Der Bund Deutscher Kriminalbeamter (BDK) setzt sich für eine repressive angebotsorientierte und eine nicht-repressive nachfrageorientierte Drogenpolitik ein. Wir als Polizei müssen zur Kenntnis nehmen, dass die zum Teil sehr personal- und kostenintensive polizeiliche Ermittlungsarbeit im Bereich der Drogenbekämpfung weder die Verfügbarkeit, noch die Preisentwicklung von Betäubungsmitteln beeinflusst hat. Gleichwohl halte ich auch nach einer möglichen Neufassung des BtMG eine nachhaltige und umfassende Bekämpfung von Handelsdelikten für unbedingt erforderlich.

Der BDK wird in seinen Gesprächen mit der polizeilichen aber auch politischen Führung vor dem Hintergrund einer angespannten Haushaltslage immer mehr mit Fragen einer Aufgabenkritik bzw. Strukturreform in der Polizei konfrontiert. Wir sind uns hierbei bewusst, dass die Aussage „Sicherheit kostet eben Geld – weiter so“ auch aus Sicht einer Gewerkschaft nicht ausreichend ist. Aus diesem Grund beteiligen wir uns sehr gerne an einer kritischen Betrachtung der aktuellen Organisationsstruktur sowohl auf Landes- wie auch auf Bundesebene.

Angesichts der Tatsache, dass es sich bundesweit bei annähernd 75 Prozent der Drogendelikte um Konsumdelikte handelt, hätte eine Neufassung des Betäubungsmittelrechts zur Folge, dass die frei werdenden polizeilichen Ressourcen in anderen Deliktsbereichen, wie z. B. bei der Bekämpfung des Terrorismus, dem Einbruchsdiebstahl oder aber den Straftaten zum Nachteil älterer Menschen eingesetzt werden könnten.

Neben einer rein haushalterischen Betrachtung halte ich jedoch den Grundsatz, dass Strafe die Ultima Ratio staatlicher Antwort auf menschliches Fehlverhalten sein sollte für wesentlich auch für den polizeilichen Blick.

Alle bislang vorliegenden Untersuchungen zeigen, dass gerade im Bereich der Drogenkonsumenten das selbstschädigende Verhalten nicht durch Strafen, sondern eher durch Aufklärung und Therapie zu unterbinden ist und die zum Teil gerne vorgegebene generalpräventive Wirkung insbesondere bei den Erwachsenen Konsumenten nicht wissenschaftlich belegt werden kann.

Fazit

„Pragmatische Lösungen – statt festgefahrener Debatten“ – aus Sicht der Polizei erlaube ich mir eine Erweiterung dieser Aussage. Nicht pragmatische Lösungen, sondern solche, die den Polizeibeamtinnen und -beamten eine hinreichend bestimmte, rechtliche Grundlage für den Umgang mit Konsumentendelikten gibt, sie unter Umständen auch in die Lage versetzt, Strafanzeigen gar nicht erst fertigen zu müssen, die lediglich der Generierung geklärter Fälle für die Polizeiliche Kriminalstatistik dienen.

Aus Sicht des BDK kann ich sagen, dass wir als Berufsverband ausdrücklich die Forderung des sogenannten „Schildower Kreises“ zur Einrichtung einer Enquete-Kommission zur Überprüfung der Wirksamkeit des BtMG unterstützen.

Darüber hinaus haben wir mit Beschluss des Bundesvorstands im September 2014 eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die sich aus kriminalpolizeilicher Sicht mit der Erarbeitung von Vorschlägen für eine Drogenpolitik beschäftigt, die auf die kriminal- wie auch gesellschaftspolitischen Entwicklungen der vergangenen Jahre eingeht. Wir hoffen damit, als Berufsverband der Angehörigen in der Kriminalpolizei die festgefahrenen Debatten etwas zu beleben und mit kriminalistischem Sachverstand pragmatischen Lösungen näherzukommen. Erste Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe wurden durch den Bundesvorsitzenden des BDK, Andre Schulz, bereits am 5.11.14 anlässlich einer Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages vorgetragen.

Die Stadt Frankfurt hat, was den Umgang mit der Drogenproblematik angeht, bereits vor vielen Jahren damit begonnen, einen anderen, den sogenannten „Frankfurter Weg“ zu gehen. Nicht nur als Polizeibeamter, auch als Bürger dieser Stadt, halte ich diesen eingeschlagenen Weg für richtig. Die erste Frankfurter Fachtagung zu Cannabis sehe ich als einen weiteren Schritt auf diesem Weg.

Fragen und Anmerkungen aus dem Publikum

Wie würde sich die Polizei positionieren, wenn der Cannabiskonsum entkriminalisiert würde? Die Frage aus dem Publikum ist für Peglow schnell beantwortet: Sollten die zuständigen Organe eine Gesetzesänderung durchsetzen, hat die Polizei dies umzusetzen. Inhaltlich wären die Beamten sicher ebenfalls dabei, ist der Beamte überzeugt. In den vergangenen Jahren habe in weiten Teilen der Polizei ein Umdenken stattgefunden: „Viele sind es leid, Strafanzeigen zu schreiben, die zu nichts führen.“ Dass trotz dieses „Umdenkens“ die Zahlen von konsumbezogenen Delikten seit Jahren kontinuierlich steigen, wie ein Forumsbesucher anmerkte, erkläre sich durch die verstärkten allgemeinen Polizeikontrollen. Eine erkennungsdienstliche Behandlung von Erstauffälligen hält Peglow dabei für unverhältnismäßig. Professor Auwärter hatte in der Diskussion angemerkt, dass jeder, der einmal ein Verfahren nach § 29 BtMG hatte, von jedem Polizeibeamten als „BtMG-Kandidat“ zu erkennen sei, wenn er personenbezogene Daten einhole – auch, wenn das Verfahren gegen den Betreffenden wieder eingestellt worden sei. Die Daten müssten gelöscht werden, sagt Peglow. Eine erkennungsdienstliche Behandlung sei aus seiner Sicht nur angezeigt, wenn der Verdacht auf weitere Straftaten bestehe.

Um den Jugendschutz sorgte sich eine Fragestellerin bei einer legalisierten Cannabisabgabe. Wenn sich erwachsene Kunden nicht mehr auf dem Schwarzmarkt bedienen, kümmerten sich die Dealer verstärkt um die besonders vulnerable Gruppe der Minderjährigen als neuen Kundenkreis, so die Befürchtung: „Kann man so viele Präventionsprogramme auflegen, dass wir Kinder und Jugendliche schützen können?“ Den Jugendschutz sieht auch Peglow als eine zentrale Aufgabe: „Wenn das Geschäft auf dem Schwarzmarkt enger wird, werden die Händler kaum anfangen, Teppiche zu verkaufen, sondern sich um neue Kundengruppen bemühen.“ Für Prävention seien allerdings andere Instanzen als die Polizei zuständig, der liege daran, den Schwarzmarkt einzudämmen. Dies werde durch die Freigabe von Cannabis aus seiner Sicht in jedem Fall erreicht.

Cannabis, Strafrecht ein geeignetes Mittel? – die juristische Auseinandersetzung

**Prof. em. Dr. jur. Lorenz Böllinger,
Bremer Institut für Kriminalpolitik, Universität Bremen**



Nahezu die Hälfte aller deutschen Universitätsprofessoren für Strafrecht wendet sich mit einer Resolution an den Deutschen Bundestag. Der Appell richtet sich auf die Einrichtung einer Enquête-Kommission zur verfassungsrechtlich gebotenen Überprüfung der beabsichtigten und unbeabsichtigten Wirkungen des Betäubungsmittelstrafrechts. Aus strafrechtswissenschaftlicher und verfassungsrechtlicher Sicht ist Strafrecht grundsätzlich nicht geeignet und nicht erforderlich zum angestrebten Zweck. Trotz immer harscherer Repression haben sich Angebot und Nachfrage nach illegalen Drogen in den vergangenen 40 Jahren ständig erhöht. Nur ein geringer Prozentsatz der Gebraucher hat langfristig Drogenprobleme im Sinne von körperlichen Schädigungen und Sucht. Diese sind besser durch Aufklärung, Beratung und Therapie zu steuern. Drogenstrafverfolgung führt zu Schädigungen bei den Opfern von Beschaffungskriminalität, bei kriminalisierten und in kriminelle Karrieren getriebenen Konsumenten und Kleinhändlern. Schwarzmarkt, organisierte Kriminalität und Tausende von Toten in Drogenkriegen, aber auch Gesundheitsschäden durch die

Unkalkulierbarkeit von Schwarzmarktsubstanzen sind erst durch die Prohibition erzeugt worden. Weltweit, insbesondere in den USA, hat – zumindest bezüglich Cannabis – ein Umdenken stattgefunden, dem sich die Bundesrepublik nicht entziehen darf.

Drogenpolitik im Wege der Aktionsforschung

Mit einer vom ‚Schildower Kreis‘ – einer interdisziplinären Gruppe von Experten aus illegalen Drogen betreffenden Wissenschaft und Praxis – gestarteten Resolution plädieren 122 von ca. 250 deutschen StrafrechtsprofessorInnen für eine grundlegende Überprüfung des BtM-Strafrechts.

Resolution von 122 Strafrechtsprofessoren

Die strafrechtliche Drogenprohibition ist gescheitert, sozialschädlich und unökonomisch.

1. Mit der Drogenprohibition gibt der Staat seine Kontrolle über Verfügbarkeit und Reinheit von Drogen auf.

Nicht die Wirkung der Drogen ist das Problem, sondern die repressive Drogenpolitik schafft Probleme. Die überwiegende Zahl der Drogenkonsumenten lebt ein normales Leben. Selbst abhängige Konsumenten bleiben oftmals sozial integriert. Menschen mit problematischem

Drogenkonsum brauchen Hilfe. Die Strafverfolgung hat für sie und alle anderen nur negative Folgen.

2. Der Zweck der Prohibition wird systematisch verfehlt.

Prohibition soll den schädlichen Konsum bestimmter Drogen verhindern. Tatsächlich kann sie dieses Ziel nicht erreichen. Das zeigen alle wissenschaftlich relevanten Untersuchungen. Sogar die Evaluation des 10-Jahres-Programms der UNO zur Drogenbekämpfung kommt im Jahr 2008 zu diesem Schluss. Prohibition schreckt zwar einige Menschen ab, verhindert aber Aufklärung und vergrößert gleichzeitig dramatisch die gesundheitlichen und sozialen Schäden für diejenigen, die nicht abstinent leben wollen. Selbst in totalitären Regimen und Strafanstalten kann Drogenkonsum nicht verhindert werden.

3. Die Prohibition ist schädlich für die Gesellschaft.

Sie fördert die organisierte Kriminalität und den Schwarzmarkt. Sie schränkt Bürgerrechte ein und korrumpiert den Rechtsstaat. Durch massive Machtanballung bei Kartellen und Mafia nimmt die Gefahr eines Scheiterns der Zivilgesellschaft zu. Stimuliert durch gigantische Profite aus dem Drogenschwarzmarkt entstehen veritable Kriege zwischen Drogenkartellen und in Reaktion darauf sowohl eine Quasi-Militarisierung der Polizei als auch quasi-polizeiliche Funktionen des Militärs. Auch dadurch erodieren staatliche Grundstrukturen. Sie hat desaströse Auswirkungen auf Anbau- und Transitländer. Sie behindert eine angemessene medizinische Versorgung.

4. Die Prohibition ist unverhältnismäßig kostspielig.

Die Bürger werden Opfer der Beschaffungskriminalität. Jedes Jahr werden Milliardenbeträge für die Strafverfolgung aufgewendet, welche sinnvoller für Prävention und Gesundheitsfürsorge eingesetzt werden könnten. Der Staat verzichtet auf Steuereinnahmen, die er bei einem legalen Angebot hätte.

5. Die Prohibition ist schädlich für die Konsumenten.

Konsumenten werden diskriminiert, strafrechtlich verfolgt und in kriminelle Karrieren getrieben. Weil es sich um „opferlose“ Kontrolldelikte handelt, welche lediglich proaktiv – und damit Unterschichtangehörige und Migranten benachteiligend – verfolgt werden.

Es gibt keinen Verbraucher- und Jugendschutz. Riskante Konsumformen werden gefördert und die Konsumenten werden gefährlichen Krankheiten ausgesetzt (z.B. AIDS, Hepatitis C).

Normales jugendliches Experimentierverhalten wird kriminalisiert und das Erlernen von Drogenmündigkeit erschwert. Junge Menschen werden dauerhaft stigmatisiert und ihre Lebenschancen werden gemindert.

Fazit

Der Staat darf die Bürger durch die Drogenpolitik nicht schädigen. Es ist deshalb notwendig, Schaden und Nutzen der Drogenpolitik unvoreingenommen wissenschaftlich zu überprüfen.

Als Kriminalwissenschaftler fühlen wir uns in besonderem Maße verantwortlich für die Einhaltung strafrechtstheoretischer Prinzipien und für die Zurückhaltung des Staates in der Anwendung der *Ultima Ratio* gesellschaftlicher Steuerung.

Deshalb appellieren wir an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages, nicht nur dem Fraktionszwang zu folgen, sondern auch ihrer individuellen Verantwortung.

Begründung der Notwendigkeit der Reform des Drogenstrafrechts

Verfassungsrechtlich begründet ist unser Appell vor allem im herausragendsten Prinzip des Grundgesetzes, dem **Verhältnismäßigkeitsprinzip**. Daraus ergibt sich die **Überprüfungspflicht des Gesetzgebers**: Gesetze, welche die Grundfreiheiten der Bürger einschränken, müssen inhaltlich und wissenschaftlich begründet sein und im Verlauf ihrer Anwendung hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft werden. Auf deutliche Veränderungen in der sozialen Wirklichkeit – z.B. der Folgebereitschaft der Bevölkerung – und in der Wissenschaft muss der Gesetzgeber reagieren. Dogmatisch operationalisiert ist das Verhältnismäßigkeitsprinzip nach allseits akzeptierter Verfassungslehre in den drei Unterprinzipien **Erforderlichkeit, Geeignetheit und**

Proportionalität. In diesem Rahmen ist die **inhaltliche** Überprüfung des einschlägigen Gesetzes, des BtMG, vorzunehmen.

In **methodischer** Hinsicht ist dabei zu berücksichtigen, dass Verfassungsrecht Abwägungsrecht ist. Das bedeutet: die verschiedenen betroffenen Freiheiten und Interessen sind auf **empirisch-wissenschaftlicher, interdisziplinärer und systemanalytischer** Basis herauszukristallisieren, zu gewichten und entlang der Teilprinzipien gegeneinander abzuwägen. Das verdeutlicht: Es gibt in der gesellschaftlichen Wirklichkeit keine Ideale und auch die Folgen staatlichen Handelns sind in die Abwägung einzubeziehen.

Das BVerfG hat in seiner Cannabis-Entscheidung von 1994 und in mehreren darauf basierenden Nicht-Annahme-Beschlüssen die strafrechtlichen Vorschriften des BtMG für verfassungsgemäß befunden. Das BVerfG legte in ziemlich reduzierter exemplarischer Auswahl die damals aktuelle, äußerst lückenhafte Daten- und Erkenntnislage zugrunde. Es beachtete nicht, dass der BtM-Gesetzgeber 1971 auf Druck der USA ohne eigene wissenschaftliche Begründung **unüberprüft** die Vorgaben der UNO-Single Convention von 1961 in das BtMG umgesetzt hatte. In den seither verstrichenen fast 20 Jahren haben sich die entsprechenden wissenschaftlichen Methoden, die Daten- und Erkenntnislage in hohem Maße verändert und erweitert. Es muss also eine Neubetrachtung und Neubewertung stattfinden sowie die Neu-Initiierung von interdisziplinärer Forschung, um dem BtMG **erstmalig** eine dem Verfassungs- und Gesetzgebungsrecht genügende Grundlage zu verleihen.

Dazu einige interdisziplinäre Aspekte, die Grundlage eines systematischen Prozederes der eventuellen Enquête-Kommission des Bundestages werden könnten:

Veränderte empirische und theoretische Erkenntnislage – Keine Geeignetheit des Strafrechts zur Bekämpfung von Gesundheitsgefahren

Zwei in der genannten verfassungsrechtlichen Hinsicht sehr fundierte strafjustizielle Vorlagebeschlüsse gem. Art. 100 GG haben dem BVerfG vorgelegen. 1994 führte derjenige des LG Lübeck zum bekannten Verdikt der Verfassungsmäßigkeit des BtMG und zur Vorgabe an den Gesetzgeber zur geringfügigen Entkriminalisierung konsumbezogener Verhaltensweisen (BVerfG NJW 1994, 1577, 1581). Der Vorlagebeschluss des AG Bernau 2004 wurde aus formalen Gründen nicht angenommen (BVerfG NJW 2004, 3620, 3622).

Mittels Strafrecht wollte der Gesetzgeber die ‚Volksgesundheit schützen, indem Drogenangebot und –nachfrage eliminiert, zumindest reduziert werden sollten. Verfassungsrechtlich legitimiert wird dies vom BVerfG bis heute mit der Aufgabe des Staates Rechtsgüter zu schützen: nämlich die „**Gesundheit der Bevölkerung**“ (Art. 2 Abs.2 GG) und – über die ursprüngliche Gesetzesbegründung hinausgehend – das „**Soziale Zusammenleben**“ (Sozialstaatsprinzip).

Drogen blieben verfügbar

Zunächst und vorab ist festzustellen: Seit Inkrafttreten des BtMG 1971 hat sich die Verfügbarkeit illegaler Drogen nicht nur nicht verringert, sondern ständig gesteigert. Die Mutmaßung, dass alles ohne Prohibition noch viel schlimmer wäre, wird durch internationale Empirie widerlegt: Angebot und Nachfrage bleiben von gesetzlichen Regelungen nahezu unberührt. Schon dieser Befund genügt eigentlich, um das BtM-Strafrecht als ungeeignet zu erkennen und andere Wege zu suchen.

Epidemiologie: Körperliche Schädigungen und Suchtpotenzial

Vor allem mit manifesten und potentiellen Gesundheitsschäden wird die Pönalisierung jeglichen Umgangs mit illegalisierten Drogen legitimiert. Vordringlich erscheint mithin die sorgfältige und methodenkritische Aufarbeitung der epidemiologischen Datenlage und Theorieentwicklung zu Drogenwirkung und Abhängigkeit.

Wissenschaftlich besteht Einigkeit darüber, dass die Wirkung einer Droge auf das Individuum von drei in dynamischer Wechselwirkung stehenden und ständigem Wandel unterworfenen Dimensionen abhängt: von der biochemischen Substanz mit ihrem spezifischen Wirkungsspektrum, der individuellen Disposition und Persönlichkeit und dem Kontext, also der

Situation, in der konsumiert wird. Auf Englisch heißt das kurz: „*Drug, Set, Setting*“. Die Datenlage ist hinsichtlich der „klassischen“ illegalen Substanzen relativ klar: Die Skala zwischen unproblematischem Konsum, abhängigem und gesundheitsgefährlichem Gebrauch ist sowohl hinsichtlich der Substanzen als auch der Gebraucher und der umgebenden sozialen und normativen Systeme unendlich differenziert und diversifiziert. Besonders bedeutsam ist jedenfalls die Dosierung: denn erst die „Dosis macht das Gift“ – so schon Paracelsus! Dementsprechend wäre auch gesetzgeberisch in realitätsgerechter Weise zu differenzieren bzw. die Interventionsebene theoretisch und empirisch fundiert zu gestalten.

Illegale Drogenkonsummuster zeigen vielfältige Verlaufsformen: Von durch Neugier und Interesse bedingtem initialen Gebrauch entweder zu mehr oder minder zügig verlaufender Minderung, zu Ausstieg oder zu Abhängigkeit. Ausstieg kann – wie bei Heroinabhängigkeit in 30% der Fälle – selbstbestimmt geschehen oder gefördert sein durch Therapie. Der häufig in vielen Schleifen verlaufende Ausstiegsprozess dauert bei Heroin durchschnittlich fünf bis zehn Jahre, bei Kokain, Amphetamin etc. und Cannabis – falls es zu psychischer Abhängigkeit gekommen ist – deutlich weniger.

Bei allen Drogen – einschließlich Alkohol und Tabak – ist ein individuell und sozial verträglicher weil moderater, gelegentlicher und kontrollierter Konsum möglich, gegebenenfalls lebenslang. Es kommt eben auf die Interaktion von *drug, set* und *setting* an!

Über alle legalen und illegalen Drogen hinweg lässt sich eine relative Konstante feststellen: ca. 5% der jeweiligen Gebraucher werden psychisch und/oder körperlich abhängig – abgesehen von den körperlichen Schäden infolge von Alkohol- und Tabakkonsum. Nur: anders als bei chronischen körperlichen Krankheiten bleibt letztlich nur ein äußerst geringer Prozentsatz lebenslänglich abhängig. Am höchsten ist dieser Prozentsatz wegen der massiven körperlichen Abhängigkeit und somatischen Schädigungswirkung beim Alkohol. Bei Gebrauch von reiner, kontrollierter Substanz sind der Heroin- oder Methadon-Gebrauch sowie der moderate Cannabis-Konsum hingegen zeitlebens ohne massive körperliche Schädigung möglich. Ausstieg ist und bleibt abhängig von besagtem Kontext – und vom „freien Willen“: wer als Palliativ-Patient die „Wohlthat“ von Opiaten genoss, ist bei Entlassung aus dem Krankenhaus objektiv betrachtet „abhängig“, aber schon wenige Tage danach „*clean*“! Die Kriminalisierung des Drogenabhängigen hingegen bewirkt eine negative Eigendynamik sowohl im Setting des Gebrauchs als auch in Wirkung und Nachwirkung: der psychische Stress ist ein ganz anderer.

Die diagnostizierte Suchtkrankheit wird zwar in den gängigen Diagnoseschlüsseln DSM-V (APA) oder ICD-10 (WHO) als eigenständige Krankheitseinheit kategorisiert. Jedoch ist damit lediglich ein Oberflächensymptom benannt, welchem unterschiedliche psychische Störungen und multiple interagierende soziale Bedingungen zugrunde liegen. Dem entspricht, dass es eine Vielfalt von Symptomverlagerungen gibt.

Realistisch eingeschätzt wird heute die Gefahr, dass früher jugendlicher Cannabis-Konsum den Ausbruch von latenten Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis fördern kann. Gerade die tatsächliche Verfügbarkeit von Cannabis macht sowohl eine Kontrolle als auch eine sinnvolle Beratung und Therapie unmöglich.

Hinsichtlich des zweiten, erst vom BVerfG neu „gefundenen“ Rechtsguts „Soziales Zusammenleben“ ist folgendes anzumerken: Die Störung beruht vor allem auf übermäßiger Angst von hysterisierten, über die realen Dimensionen des Cannabis-Konsums unaufgeklärten Eltern. Bei jugendtypischem Experimentier- und Risikoverhalten gibt es ansonsten zwar Konflikte in der Familie, aber keine die das Zusammenleben insgesamt bedrohen. Letztlich ist es also die Prohibition, welche solche weitgehenden Störungen, wie z.B. den Rauschmiss eines Kindes, erst bewirkt. Nun zur erforderlichen interdisziplinären und systemischen Betrachtungsweise:

Unbeabsichtigte Nebenwirkungen der Drogenprohibition

Körperliche und psychische Schädigungen durch Drogenkonsum sind je spezifisches Resultat eines komplexen psychosozialen Wechselwirkungsprozesses. An diesem haben die durch die gesellschaftlichen Strukturen der Prohibition (Setting) bedingten Ursachen einen sehr erheblichen Anteil. Vor allem die Kriminalisierung bewirkt direkte Gefährdungen und Schädigungen der Konsumenten: vor allem mangels Kontrollierbarkeit der Substanz und gefährlichen Verschnitts – Überdosierung als häufigste Todesursache! –, und ganz allgemein mangels Verbraucher- und

Gesundheitsschutz: Keine Herstellungs- und Vertriebskontrolle, keine „Beipackzettel“, inadäquate Behandlung bei Problemen wie Überdosierung etc.

Die Drogenrepression ist enorm teuer: Vergleicht man die Kosten für „Repression“ mit den Ausgaben für „Hilfen“, ergibt sich ein extrem disparates Verhältnis von 9:1. Außerdem weisen etwa 10 Prozent unserer gesamten Staatsausgaben für den Bereich der öffentlichen Sicherheit und Ordnung einen Bezug zu illegalen Drogen auf. Und ca. 40% aller Strafvollzugsinsassen sind dort in irgendeinem Zusammenhang mit illegalen Drogen, insbesondere wegen Beschaffungskriminalität.

Misslingen des Entkriminalisierungsgebots des BVerfG 1994

Die Polizeiliche Kriminalstatistik weist für 2011 etwa 6 Mio. Straftaten aus, davon 236.478 sogenannte Rauschgiftdelikte; mehr als die Hälfte davon bezieht sich auf Cannabis (131.951). 72 % aller Delikte betreffen Mengen zum Eigenbedarf (170.297), davon bezogen auf Cannabis: 101.186. Das heißt etwa 43 % aller Rauschgift- und 77 % aller Cannabisdelikte stellen Konsumentendelikte dar.

Die BKA-Statistik zeigt, dass faktisch immer mehr Cannabiskonsumenten verfolgt werden, 2011 allein 5% mehr als 2010. Konsumenten sind erklärtermaßen Schwerpunkt der Polizeiarbeit: auch wenn die Jugend insgesamt weniger kriminell sei, verfolge man aus Präventionsgründen mehr minderjährige Konsumenten.

Solche Faktizität zeigt, dass entgegen der Absicht des BVerfG und des Gesetzgebers Endkonsumenten unverhältnismäßig von Kriminalisierung und das Leben beeinträchtigender Stigmatisierung betroffen sind.

Globale Kollateralschäden

Der von den USA erklärte „Krieg gegen die Drogen“ ist gescheitert. Die USA haben seit den Siebzigerjahren jeweils dreißig bis zuletzt 40 Milliarden Dollar jährlich dafür ausgegeben, Dealer und Konsumenten strafzuverfolgen und Feldfrüchte zu zerstören. Trotzdem sank in dieser Zeit der Straßenpreis für harte Drogen kontinuierlich, heute werden so viele Drogen konsumiert wie nie zuvor und sie sind so billig wie nie zuvor. Rund 400 Milliarden Euro werden laut Internationalem Währungsfonds (IWF) jährlich mit Drogenhandel umgesetzt. Kontrolliert wird er von Mafiagruppen und terroristischen Organisationen.

In Mexiko, Guatemala und anderen mittelamerikanischen Staaten hat der Drogenkrieg seit 2007 geschätzt mehr als 50.000 Menschenleben gekostet und eine partielle Anarchie erzeugt. Und die Opiumproduktion in Afghanistan hat trotz aller Gegenmaßnahmen immer weiter zugenommen, so dass der Heroinpreis weltweit gesunken ist. Der Drogenkonsum konnte weder bei uns noch weltweit wirksam eingedämmt werden. Die Drogenkriminalität mit ihren unangenehmen Ausformungen – zum Beispiel Wohnungseinbrüche und Raubtaten – hat immer mehr zugenommen. Die Parallelen zur Alkoholprohibition in den USA der zwanziger Jahre sind deutlich.

Der Kampf gegen Schwarzmarkt und Drogenkriminalität hat allenfalls punktuelle „Erfolge“ bei Kleinkriminellen. Die ökonomisch mächtigen Kräfte dahinter entwickeln extreme globalisierte und faktisch unkontrollierbare Schattenwirtschaften und -regime mit weiterer Folgekriminalität und destabilisierenden Auswirkungen auf globale Finanzmärkte ebenso wie nationale Volkswirtschaften. Derweil werden staatliche Strukturen, Demokratie und Rechtsstaatlichkeit nachhaltig beschädigt. Regierungen, Streitkräfte, Polizei und Justiz in Narco-Staaten sind durch die Drogenmafia korrumpiert und Grenzen zwischen legalen und illegalen Strukturen verschwimmen. Geldwäschekontrolle hat sich als praktisch wirkungslos herausgestellt: zu vielfältig sind Umgehungs- und Korruptionsmöglichkeiten. Und es existiert ein informelles, jegliche Kontrolle unterlaufendes Schatten-Bankensystem (Hawala-System).

Das Strafrecht ist zur Bekämpfung von Gesundheitsgefahren nicht erforderlich

Die 9:1 Relation hinsichtlich der Kosten für Repression im Vergleich zu den anderen drei Säulen der Drogenpolitik zeigt: Es gibt keine ausreichende Erforschung und Implementation alternativer Interventionsmöglichkeiten. Diesbezüglich ist die drogenpolitische Umsteuerung überfällig. An

interdisziplinärer und interaktioneller Analyse von *Drug, Set and Setting* sowie entsprechender Folgenreflexion orientierte Alternativen sind zwar verfügbar. Sie müssen jedoch noch genauer erforscht werden und einzelfall- sowie substanz-spezifisch gestaltet werden.

Neben etablierten Methoden von Prävention (Aufklärung etc.) und Behandlung von Abhängigkeit müssen insbesondere *harm reduction*-Methoden weiter entwickelt werden, die sich ja schon bisher als erfolgreich erwiesen haben. Als Beispiel für den Erfolg wissenschaftlich begründeter Politik lässt sich die deutsche AIDS-Politik seit 1982 anführen. In der Kontroverse zwischen dem Modell „Aufklärung u. Gesundheitspolitik“ und der strafrechtlich-repressiven Strategie einschließlich von Lagerunterbringung und Quarantäne von AIDS-Kranken setzte sich zum Glück seinerzeit die Bundesministerin Süßmuth als Wissenschaftlerin gegen den bayrischen Minister Gauweiler durch. Ähnlich der Alkoholpolitik geht es, Erwachsene betreffend, um die Förderung von Drogenmündigkeit. Forschung mit dem Ziel der Verbesserung der entsprechenden Methoden muss finanziell noch stärker gefördert werden.

Etwas anderes gilt hinsichtlich der spezifischen Gesundheitsgefahren für Jugendliche. Zwar sind Erkenntnisse über Psychose-Auslösung und kognitive Schädigungen noch nicht abschließend bewiesen. Schon ein begründeter Verdacht, dass Jugendliche bei regelmäßigem und hochdosiertem Konsum von Cannabis besonders gefährdet sind, muss aber ausreichen, hier besondere Maßnahmen des Jugendschutzes zu ergreifen, welche diejenigen der Alkoholprävention bei weitem in Effizienz und Nachhaltigkeit übertreffen.

Faktische Feldexperimente mit (Quasi-)Legalisierung und daraus ablesbare Wirkung oder Nicht-Wirkung der Kriminalisierung

Ein weiteres Argument gegen die Erforderlichkeit des Drogenstrafrechts ist, dass sich der Wandel im Drogenkonsum langfristig als nahezu unabhängig von strafrechtlicher Prohibition erwiesen hat. Wirksam waren hingegen Regelungen betreffend *Harm Reduction*, zum Beispiel Drogenkonsumräume für Heroinabhängige etc. Dies ist wissenschaftlich gut fundiert. Und zwar insbesondere durch die Untersuchung faktischer Veränderungen in der Konsumrealität. Besonders bedeutsam ist auch die Evaluation rechtlicher Entkriminalisierungsmaßnahmen sowie weltweite Ansätze zur Legalisierung. Einige Beispiele:

1. **Deutschland:** Seit 1994 ist der Besitz geringer Mengen zum Eigengebrauch bei gelegentlichem Konsum von der Strafverfolgung ausgenommen (gebundenes Opportunitätsprinzip). Gleichwohl haben der Cannabis- und Heroinkonsum abgenommen, der befürchtete Dammbreach ist diesbezüglich nicht eingetroffen. Steigerung ist hingegen beim Amphetamin-Gebrauch festzustellen: dies hat mit Moden und Konjunkturen zu tun, nicht mit Strafandrohung.
2. Das **niederländische** System der *Coffee Shops* ist das nächst liegende Vergleichsobjekt. Es beruht darauf, dass in Erfüllung der internationalrechtlichen Vorgaben der UN-Drogenkonvention von 1988 die materielle Strafbarkeit der Abgabe von Cannabis beibehalten, jedoch im rechtlichen Rahmen politisch vereinbarter Opportunität die Abgabe in den *Coffee Shops* und Besitz von der Strafverfolgung freigestellt sind. Hinzu kommt ein System von Lizenzierung, Kontrolle und Besteuerung. Der Cannabis-Konsum hat sich in der Bevölkerung seither nicht erhöht. Dass die Rechtslage 2012 im Sinne schärferer Kontrolle und Hinderung des Erwerbs durch Ausländer geändert wurde, hat ausschließlich mit den Rechtsdifferenzen innerhalb der EU zu tun: heftige öffentliche Angriffe, vor allem aus Schweden, bewirkten dies. Das niederländische *Experiment* blieb im Kern akzeptiert und erhalten.
3. In **Portugal** sind der Konsum aller Drogen und der Besitz geringer Konsummengen seit über zehn Jahren entkriminalisiert. Die Erfahrungen sind positiv: es gab keine Erhöhung der Konsumquoten. Primäres Ziel ist es, den abhängigen oder sich selbst gefährdenden Konsumenten, falls nötig, in eine therapeutische Maßnahme zu überführen.
4. In **Spanien** wurden Konsum und Besitz zum Eigenkonsum nach mehrfachen wirkungslosen Verschärfungen des Drogenstrafrechts 1988 entkriminalisiert. Es wurden i.S. des *Harm-Reduction*-Konzepts Konsumräume und Spritzenvergabe für Heroin-Abhängige eingeführt. Das Therapiesystem wurde ausgebaut. Privater Anbau von Cannabis wurde erlaubt. Eine Steigerung des Drogenkonsums hat es daraufhin nicht gegeben.

5. Auch die **Tschechischen Republik** entkriminalisierte durch Gesetz vom 1. Januar 2010 den Besitz von geringen Mengen zum Eigenbedarf.

Insgesamt ist festzustellen, dass Entkriminalisierungsmaßnahmen nicht zu einem höheren Gebrauch von Drogen geführt haben. HIV und Aids konnten eingedämmt werden. Die Anzahl von Drogentoten hat sich drastisch vermindert. Kriminalisierung und Stigmatisierung von Drogengebern nahm ab.

6. In den **USA**, den eigentlichen Protagonisten der Prohibition, zeichnen sich bemerkenswerte Entwicklungen ab: In mindestens 22 Staaten ist Cannabis als Medizin erlaubt worden; 60% der US-Bürger sind inzwischen für eine Legalisierung. In Washington, Colorado und Washington D.C. sind der Handel und Besitz von Cannabis zum Eigenbedarf bei strikter, an *public-health*-Grundsätzen orientierter Regulierung legalisiert sowie die Besteuerung des Handels eingeführt worden. Gleichartige Volksabstimmungen stehen in Kalifornien, Alaska und Oregon bevor. Die Obama-Regierung hat den Paradigmen-Wechsel vom "Krieg gegen die Drogen" zu gesundheitspolitischen Strategien zum *public health*-Ansatz vollzogen und die Regulierung in Colorado und Washington nicht in Frage gestellt.

7. Mittelamerikanische Regierungen sprechen sich zunehmend für die Legalisierung von Cannabis aus; Uruguay hat als erster Staat weltweit Cannabis gesetzlich reguliert.

Psychologische Forschung zur Wirkung von Gesetzen

Alle Untersuchungen deuten darauf hin: Drogenkonsumverhalten ist durch Repression, also durch Abschreckung und Angst vor der Übelzufügung Strafe, überhaupt nicht oder nur in geringstem Umfang zu mindern. Umgekehrt ist die Annahme aus psychologischer Sicht unhaltbar, durch Legalisierung und entsprechend restriktive Regulierung würde „das falsche Signal gesetzt“, die Tendenz Drogen zu konsumieren also erst erzeugt. Weiter erforscht werden muss, in welchem Maße der gemessene Verbrauch jeweils auch durch jugendtypischen Protest, durch Neugier und Ausweichen auf leichter erhältliche oder transportierbare Substanzen mitbedingt ist. Eine große Rolle spielen jedenfalls spezifische Verhaltensweisen in lebensgeschichtlichen Umbrüchen, insbesondere der Pubertät, und damit einhergehende schichtspezifische, subkulturelle und vor allem auch gruppenspezifische Prozesse.

Nur kurz streifen will ich ein Gebiet, welches noch genauer zu recherchieren wäre: Wie und unter welchen Bedingungen wirken überhaupt Normen, insbesondere solche des Strafrechts. Es handelt sich hier um „opferlose Delikte“, wo allenfalls Selbstschädigung in Frage steht und sonst wirksame, von Sozialisation abhängige Elemente wie Fremdschädigung, Einfühlung, soziale Rücksichtnahme und Vernunft keine Rolle spielen. Wo es um Genuss, Gruppenzugehörigkeit und erst Recht um Sucht geht, ist die Nachfrage nicht zu beeinflussen. Die bewusstseinsbildende Wirkung des Drogenverbots, wie sie im Sinne der strafrechtlichen positiven Generalprävention intendiert ist, ist jedenfalls kaum nachweisbar. Nicht die Tatsache und Intensität der Strafverfolgung, sondern (jugend-)kulturelle Bewegungen, Moden, *peer groups* sind für Anstieg oder Rückgang von Konsuminzidenz und -prävalenzen verantwortlich.

Häufig wird das Argument ins Feld geführt, das Suchtpotenzial von Cannabis-Konsum sei durch die Anzahl der Kontakte zu Drogenberatungsstellen bewiesen. In vielen Fällen ist dies jedoch Folge gerichtlicher Weisungen, ohne dass eine echte Indikation bestünde. Allerdings wäre dieses Phänomen noch genauer zu erforschen.

Verhältnismäßigkeitsprüfung im engeren Sinne: Proportionalität

Auszugehen ist von einer veränderten Faktenlage ebenso wie von einer Entwicklung in der verfassungsrechtlichen und strafrechtstheoretischen Erkenntnis.

Veränderte Faktenlage

Es muss vom Gesetzgeber ebenso wie vom BVerfG erwartet werden, dass nicht nur der Schutz von Rechtsgütern in guter Absicht und idealisierender Weise mit traditionellen Mitteln der Strafzwecke – General- und Spezialprävention – in den Blick genommen wird. In die Abwägung einbezogen werden muss auch die Wirklichkeit, so wie sie hier skizziert wurde: die wahren

Folgen von Prohibition und Kriminalisierung. Der Kampf gegen Drogen kann nicht gewonnen werden, denn es geht um menschliches Verhalten als Objekt der Beeinflussung. Menschen werden immer Drogen konsumieren wollen und dafür Risiken auf sich nehmen. Man kann nicht vier bis acht Millionen Gebraucher von Cannabis kriminalisieren, von denen nur 5% gegebenenfalls ein Gesundheits- oder Abhängigkeitsrisiko haben. Solche Risiken können nur gesundheitspolitisch und –rechtlich angegangen werden. Gesundheitsorientiertes Verhalten lässt sich nicht durch Angst und Repression erzwingen. Wenn dem so wäre, könnte, ja müsste man mit guter Aussicht vor allem Alkoholkonsum, Essstörungen, riskante Sportarten etc. kriminalisieren.

Das effektivste Mittel gegen den Drogenhandel ist, dem extrem profitablen Geschäft die Basis zu entziehen. Der einzig mögliche Weg dafür ist, den Konsum und das notwendige Maß des Handels zu legalisieren. Die Rahmenbedingungen können dann, vergleichbar dem Arzneimittel-, Lebensmittel- und Chemikalienrecht – gesundheits- und Verbraucherschutzrechtlich angegangen werden. Solche Verwaltungsrechtlichen Gesetze können und müssen dann durch Strafandrohungen flankiert werden. Sie müssen vor allem mit ausreichender Finanzausstattung implementiert werden. Nur die Entkriminalisierung von Rauschgift wird den mörderischen Kartellen allmählich den Boden entziehen können. Mit militärischen Mitteln lassen sie sich nicht besiegen. Restprobleme werden immer bleiben: es gibt Schwarzmarkt und Schmuggel mit legalen Drogen und Medikamenten. Diese Dimensionen sind aber, wie die Erfahrung zeigt, beherrschbar.

Das BVerfG formulierte 1994 die Vermutung, Strafbewehrung könne das Konsumverhalten durch positive und negative General- und Spezialprävention zumindest mindern. Der Gesetzgeber habe insoweit einen Beurteilungs- und Gestaltungsspielraum. Eine solche Begründung genügt angesichts des Standes der Forschung und der Strafrechtswissenschaft nicht mehr. Auch wenn sich das BVerfG in begreiflicher Weise aus dem eigentlichen politischen Willensbildungsprozess heraushält, bleibt der Gesetzgeber zur verfassungsrechtlichen Überprüfung und Abwägung auf aktueller Erkenntnisbasis verpflichtet. Solche Vermutungen sind im Übrigen unwiderleglich und begründen eine angesichts des strafrechtlichen Tatbegriffs verfassungswidrige Verdachtskriminalisierung. Im Zuge einer parlamentarischen Überprüfung wären sicherlich weitere relevante Aspekte noch gründlicher zu untersuchen.

Die Vereinbarkeit eines Gesetzes mit den Menschenrechten kann nicht allein an den guten **Absichten** des Gesetzgebers gemessen werden. Auch durch die umrissenen Kollateralschäden können Grund- und Menschenrechte in unverhältnismäßiger Weise **faktisch** beeinträchtigt werden. Der Schutz unserer Bevölkerung vor dem Konsum gefährlicher Drogen rechtfertigt nicht die Inkaufnahme tausendfacher Morde, die Zerstörung und Zersetzung ganzer Staaten, die Unterwanderung des Rechts und der Wirtschaft durch kriminelle Investoren, die Finanzierung von Terror und Aufständen, die wachsende Macht krimineller Vereinigungen – um nur die schwerwiegendsten Folgen der Prohibition zu nennen. Angesichts seiner maßlosen Kollateralschäden darf der „Krieg gegen die Drogen“ mit den Mitteln des Strafrechts nicht weitergehen.

Die Strafrechtbewehrung des Umgangs mit als illegal definierten Drogen ist nicht mehr zeitgemäß. Sie verstößt gegen das Verhältnismäßigkeitsprinzip des Grundgesetzes in allen drei Unterprinzipien.

Strafrechtstheorie und Verfassung

Das grundrechtliche Prinzip *nihil nocere* – Der Staat darf seine Bürger nicht schädigen – findet im Übrigen heute allgemein stärkere Beachtung und es gibt eine größere Sensibilität und Skepsis gegenüber staatlicher Eigenmächtigkeit und Einschränkungen des Selbstbestimmungsrechts. Die Strafbarkeit des Umgangs mit BtM widerspricht im Übrigen auch einer zentralen **strafrechtstheoretischen** und zugleich verfassungsrechtlichen Maxime: Strafe als äußerstes Mittel der Lösung von sozialen und zwischenmenschlichen Problemen darf nur für Situationen erheblicher Fremdschädigung angedroht werden, nicht jedoch für von informiertem Einverständnis getragene Selbstschädigung. Die Logik und Dogmatik der Gefährdungsdelikte wird zum einen missbraucht, wenn der Gesetzgeber behauptet, die „Volksgesundheit“ und das „Soziale Zusammenleben“ durch empfindlich Strafdrohungen schützen zu müssen: Jeder mündige Konsument konsumiert im Rahmen eigener Willensfreiheit – auch wenn er sich dabei selbst schädigt. Solche Schädigung betrifft aber nur den geringsten Teil der Drogenkonsumenten, welche den Gebrauch nicht steuern können. Im Übrigen sind die Schäden ja gerade durch die

Prohibition verursacht. Und die allzu diffusen Rechtsgutsdefinitionen „Volksgesundheit“ und „Soziales Zusammenleben“ führen faktisch zu einem verfassungswidrigen Ordnungsstrafrecht.

Mit aktuell diskutierten Vorschlägen einer pauschalen Kriminalisierung jeglicher psychotroper Drogen würde das Bestimmtheitsprinzip des GG unterlaufen und ein noch weiter gehender Schaden für die Rechtsstaatlichkeit erzeugt.

Darüber hinaus werden Logik und Dogmatik der Gefährdungsdelikte im BtMG dadurch missbraucht, dass es nämlich keine direkte Rechtsgutsgefährdung durch Umgang mit Drogen gibt, wie sie unter strafrechtstheoretischen Gesichtspunkten eigentlich Voraussetzung sein müsste. Jeder mündige Konsument konsumiert im Rahmen eigener, je strafloser Selbstverantwortung. ‚Fremdgefährdung qua Vorbildwirkung‘, wie das in den Gesetzesmaterialien zum BtMG angeführt wird, ist kein verfassungsrechtlich haltbarer Strafgrund: Anstiftung zu Selbstgefährdung ist straflos!

Fazit: Verleugnung von Fakten – Rechtliche, soziale und ökonomische Irrationalität

Die unterkomplexe, ungeeignete Drogenpolitik ist hinsichtlich der erklärten Ziele gescheitert. Die Konsequenzen der Drogenbekämpfung sind gefährlicher als die Drogen selbst. Der Staat schafft die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, einen Nährboden, innerhalb deren sich eine höchst destruktive Entwicklung entfalten kann. Wir haben seit langem ein massives Drogenpolitikproblem: Geduldet werden die Existenz, Gewalt und Anarchie des Drogenschwarzmarktes – zu Lasten eines möglichen Verbraucher- und Jugendschutzes. Die durch das Drogenverbot bewirkten gesundheitlichen und sozialen Schädigungen werden verleugnet.

Wissenschaftliche Erkenntnis zeigt gleichwohl, dass die tatsächlichen Gefährdungen durch bislang illegale Drogen ebenso wie solche durch Medikamente und Alkohol besser durch gesundheitsrechtliche Regulierung mit akzessorischer ordnungs- oder strafrechtlicher Sanktionierung sowie mit adäquaten Präventions-, Jugend- und Verbraucherschutz sowie Hilfen und Behandlung zu bewältigen sind.

Aus diesen Gründen appellierten 122 Strafrechtsprofessorinnen und –professoren an den Bundestag, einer Enquête-Kommission zu diesem Thema einzusetzen. Die Fraktionen der GRÜNEN und der LINKEN beantragten auf dieser Grundlage im Juni 2014, eine externe wissenschaftliche Begutachtung der Drogenpolitik durch unabhängige Experten nach dem Delphi-Prinzip. Nach einer ersten Lesung wurde der Frage an den Gesundheitsausschuss überwiesen. Meiner Einschätzung nach, wird er angesichts der 80%-Mehrheit der Koalition letztlich nicht durchgehen. Deshalb ist weiterhin der Antrag auf Einsetzung einer Enquete-Kommission geplant. Dabei würde allerdings die Zusammensetzung der Experten dem Parteienproporz folgen müssen. Trotzdem erwarte ich dadurch eine Versachlichung der Debatte. Gegebenenfalls sollte der Gesetzgeber befristete experimentelle Gesetze mit programmierter wissenschaftlicher Evaluation wagen.

Fragen aus dem Publikum

Warum klagt niemand gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG), wenn es 122 Strafrechtsprofessoren vom Schildower Kreis für verfassungswidrig halten? Es hat durchaus Ansätze dazu gegeben, die das Bundesverfassungsgericht allerdings alle im Vorfeld „abgewimmelt“, antwortet Dr. Lorenz Böllinger, Strafrechtsprofessor an der Uni Bremen, auf die erste Frage aus dem Publikum. Er bezeichnet dies als „politische Justiz“, das BvG wolle diese Frage an den Gesetzgeber zurückgeben, der über den Umgang mit Cannabis zu entscheiden habe. Deshalb fordere der Schildower Kreis auch eine Enquete-Kommission des Bundestags, zur Überprüfung des BtMG. Allerdings habe sich seit etwa 40, 50 Jahre die Grundhaltung festgesetzt, „wir wollen das einfach nicht, Punkt.“ Beispielhaft dafür sei der Kommentar von Sabine Bätzing, Drogenbeauftragte der SPD-Bundestagsfraktion zum Vorstoß des Schildower Kreises: „Die Professoren waren wohl bekifft.“

Jugendschutz war ein weiteres Thema, das die Zuhörer bewegte. Laut Zahlen des Frankfurter Drogenreferats haben 40 Prozent der 13-bis 18-Jährigen schon einmal gekifft, davon 20 Prozent in den vergangenen 30 Tagen. Angesichts der Tatsache, dass sie sich auf dem Schwarzmarkt unsauberen Stoff besorgen, lässt sich daraus eine Jugendgefährdung ableiten, fragte ein Zuhörer.

Ein anderer, ob Beschaffungskriminalität nicht auch eine Folge des Verbotes ist. Für Böllinger ist der Cannabiskonsum vergleichbar mit dem von Alkohol oder Tabak, auch die seien für Jugendliche verboten, faktisch aber verfügbar. Jugendliche seien experimentierfreudig, probierten alles aus. „Die meisten wachsen da aber wieder raus oder praktizieren einen moderaten oder kontextabhängigen Bezug.“ Einen problematischen, abhängigen Konsum entwickelten vielleicht fünf Prozent. „Der beste Jugendschutz ist die Legalisierung“, ist Böllinger überzeugt. „Damit in der Schule ganz frei debattiert und in den Familien ganz offen gesprochen werden kann.“



Gespanntes Zuhören von Kollegen: Oberstaatsanwalt a. D. Harald Hans Körner, neben ihm der frühere Frankfurter Polizei-Vizepräsident Peter Frerichs.

Cannabis in Prävention und Beratung – Sicht der Suchthilfepraxis

**Gabriele Bartsch,
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (e.V. DHS)**

In allen Belangen der Suchthilfe und Prävention vertritt die DHS einen Public-Health-Ansatz. Das heißt, wir schauen nicht nur darauf, wie es dem Einzelnen geht – das macht z.B. ein Arzt oder auch eine Beratungsstelle – sondern als politische Vertretung der Verbände berücksichtigen wir auch die gesamtgesellschaftlichen Effekte von Maßnahmen, Projekten oder auch der Gesetzgebung mit der Frage: Was bedeuten sie für die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt. Aus dieser Perspektive betrachten wir unsere Arbeit, aber auch die der Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftspolitik, oder auch wie beim Thema heute ebenfalls von Bedeutung – der Innenpolitik bzw. der Justiz. Die DHS hat in ihrer letzten Stellungnahme zum Thema Cannabis aus dem Jahr 2004 schon sehr wesentliche Punkte aufgegriffen: etwa die ungleiche Ressourcen-Verteilung zwischen Repression und Prävention. Die DHS fordert darin eine verstärkte Prävention bei Cannabis von Jugendlichen, und es wurde auch die Wirksamkeit des Strafrechts zur Verhinderung von Drogenkonsum hinterfragt.



Kein Cannabis für Jugendliche

Die Mitglieder der DHS gehen davon aus, dass psychotrop wirkende Substanzen von Alkohol, und Tabak bis Heroin und Crystal Meth ein Schädigungspotenzial haben und da ist Cannabis keine Ausnahme. Das ist ein Fakt, aus dem sich für uns ergibt, dass Jugendliche kein Cannabis konsumieren sollten.

Einigkeit besteht unter den Mitgliedern der DHS, dass die beste Form der Prävention und Behandlung angewendet werden sollte. Was sich bewährt hat, sollte weitergeführt werden und was sich nicht bewährt hat, sollte unterlassen werden. Das hört sich vielleicht banal an, aber es ist nicht in allen Handlungsfeldern üblich, dass der eigene Ansatz kritisch hinterfragt oder evaluiert wird. Häufig ist das Beharrungsvermögen gegenüber wissenschaftlicher Evidenz groß.

Bis hierhin gehen unsere Meinungen nicht oder nicht weit auseinander. Gleiches gilt auch für die Behandlung einer Abhängigkeit. In der Suchtbehandlung ist es ähnlich wie beim Arzt oder im Krankenhaus: Suchtberater und Ärzte sehen immer nur die Selektion von Menschen, deren Probleme so groß sind, dass sie sich an eine Beratungsstelle oder einen Arzt wenden. Daraus kann man zwar Rückschlüsse auf die Gesamtheit führen, aber sie eben nicht 1:1 übertragen.

Ich möchte das an der Diagnose psychische Störung und Verhaltensstörung aufgrund von Alkoholkonsum verdeutlichen. Sie ist eine der häufigsten Diagnosen in der Krankenhausstatistik und in den vergangenen Jahren – besonders bezogen auf Männer – die häufigste oder zweithäufigste Diagnose Ursache für einen Krankenhausaufenthalt. Daraus kann man schließen,

dass Alkoholkonsum nicht gerade unschädlich ist und vor allem Männer sehr gesundheitsschädigend konsumieren. Man kann daraus auch schließen, dass die Risiken unterschätzt werden. Wir können daraus aber nicht ableiten, dass jeder Alkoholkonsum unweigerlich zu Schäden führt, denn 98 Prozent der Erwachsenen in Deutschland konsumieren Alkohol, und im Vergleich zu dieser hohen Konsumentenzahl ist es doch ein relativ kleiner Anteil, der wegen der Folgeschäden ins Krankenhaus muss.

Es müssen also noch andere Einflüsse und Bedingungen dazu kommen, dass diese Droge Alkohol dazu führt, dass Menschen im Krankenhaus landen.

In der Suchtberatung ist es ähnlich. Auch dorthin kommen Menschen erst, insbesondere Jugendliche, wenn große Probleme auftreten. Etwa wenn sie wegen Drogenkonsums aus der Schule oder ihrer Lehre geflogen sind, oder wenn es massive Probleme in den schulischen Leistungen gibt. Viele andere konsumieren auch, aber sie sind nicht auffällig oder haben noch keine Probleme oder sind Gelegenheitskonsumenten, bei denen bei Cannabis keine großen Probleme zu erwarten sind.

Die Zahl der Cannabis-Konsumenten ist gestiegen in allen Lebenszeiten, aber der Peak ist schon überschritten – was natürlich nicht ausschließt, dass es wieder einen neuen geben kann. Das folgende Schaubild zeigt die Zahlen der Erwachsenen.

Entwicklung des Cannabiskonsums

	1990	1995	1997	2000	2003	2006	2009	2012
Lebenszeit	17,7	24,9	24,0	38,3	43,6	40,6	34,8	28,3
12-Monats-Prävalenz	8,7	16,8	13,2	22,1	22,6	17,6	15,4	14,0
30-Tage-Prävalenz		10,3	9,1	13,3	12,0	8,1	7,2	6,6

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)

Frankfurt/M., 17.11.2014

Bei den Jugendlichen sehen die Zahlen ähnlich aus. Bei ihnen gab es über die Jahre eine geringere Zunahme, bei den ganz jungen Jugendlichen sind die Zahlen sogar rückläufig und bei den über 22-jährigen gibt es keine Zunahmen mehr. Betrachtet man die 30 Tagesprävalenz sehen die Zahlen bei den Jugendlichen noch besser aus. Zwischen 1993 und 2012 sank der Cannabiskonsum und das zieht sich durch alle Altersklassen – mit Ausnahme der 22- bis 25-Jährigen. Alles in allem sind das also ganz positive Zahlen.

Steigendes Interesse an Beratung

Betrachtet man die Nachfrage nach Beratung und Behandlung, sieht man sehr deutlich, dass der Peak von 2004 so langsam in den Beratungsstellen ankommt. Die Hilfsangebote haben sich insbesondere auf jüngere Klienten spezialisiert. Man sieht, das Thema Cannabis wird ernst genommen, gleichzeitig zeigen die Zahlen, dass während die Nachfrage bei Heroin langsam sinkt, die Nachfrage nach Cannabisberatung in den vergangenen Jahren gestiegen ist.

Nachfrage nach Beratung und Behandlung

	2004	2006	2008	2010	2012
Cannabis	9,2 %	10,9 %	12,6 %	13,6 %	14,1 %
Heroin	15,9 %	16,7 %	18,9 %	17,6 %	15,9 %

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)

Frankfurt/M., 17.11.2014

Probleme bei der Prävention

Etwas schwieriger wird es bei der Prävention, auch wenn die Zahl der Angebote etwas gestiegen ist. Probleme bereitet zum einen das Alter der Zielgruppe. Der Einstieg in den Konsum geschieht meistens in der Jugend und Pubertät und wir wissen alle, dass jugendliche Konsumenten besonders risikobereit sind. Dies ist quasi ein Element der Identitätsbildung, vor allem bei den männlichen Jugendlichen. Das gilt bei Alkohol ebenso wie bei Cannabis. Man tut etwas Illegales, wagt ein Risiko – das wird bei Jugendlichen nicht kritisch gesehen, sondern ist eher positiv besetzt. Die Folge: Es gibt keine oder nur sehr wenig Bereitschaft zur Abstinenz.

Prävention stößt bei Jugendlichen also eher auf Abwehr – sofern sie in bekannten Bahnen verläuft. Ein zweites Problem stellt die Droge an sich dar: Cannabis schafft erst mal keine sicht- und spürbaren Probleme. Konsumenten sind zunächst nicht auffällig, und fast alle Jugendliche kennen wiederum andere Jugendliche, die Cannabis rauchen, einfach weil es so verbreitet ist. Gleichzeitig sehen sie, dass die betreffenden Jugendlichen dadurch offenbar keine sichtbaren Schäden erleiden. Dadurch werden die Risiken wie Gewöhnung, Gedächtnisminderung, Auslösung von Psychosen unterschätzt und ausgeblendet. Dies alles erschwert Prävention, weil das Problem als solches gar nicht wahrgenommen wird.

Als drittes erschwert die Illegalität der Droge erfolgreiche präventive Arbeit. Konsumierende Jugendliche outen sich nicht, vor allem nicht in der Schule, wo viele Präventionsangebote laufen. Man tut ja etwas Illegales und befürchtet Nachteile, wenn man zugibt, dass man Cannabis raucht. Ein offenes Thematisieren der angestrebten und unerwünschten Wirkung von Drogen ist also nicht oder nur schwer möglich. Dies alles führt zu der Frage, wie man Jugendliche in dieser schwierigen Phase erreichen kann. Im Prinzip sind Jugendliche nicht anders als die Erwachsenen, sie wollen ernst genommen werden, wollen nicht etwas von oben diktiert bekommen, wollen akzeptiert werden.

Bei unserer Fachkonferenz zum Thema Prävention 2014 haben wir in der DHS explizit festgehalten, dass Akzeptanz, Respekt und Glaubwürdigkeit der Prävention, die Voraussetzungen dafür sind, dass eine Kommunikation mit Jugendlichen überhaupt erst wirkungsvoll ist.

Einflüsse auf Präventionserfolge

- das Alter der Konsumierenden 
- die Droge Cannabis 
- die Illegalität der Droge 
- die Kommunikation 

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)

Frankfurt/M., 17.11.2014

Schulung der Risikokompetenz

In der Suchtprävention hat sich für diese Art von Prävention und Kommunikation ein Begriff herausgebildet: Schulung der Risikokompetenz. Es geht vor allem darum, sich mit den Problemen der Jugendlichen auseinanderzusetzen – in der Schule, in der Klasse, zu Hause oder auch in der Freizeit –, ohne dabei ein explizites Abstinenzdogma zu vertreten, statt dessen aber sachgerechte Informationen und eine Veranschaulichung der Risiken zu bieten.

Wir gehen davon aus, dass man nur dann etwas lernt, wenn man auch etwas lernen möchte. Anfangs haben Eltern und Schulleitungen diese Art der Prävention oft abgelehnt, weil sie befürchteten, dass ihre Kinder dadurch den Konsum erst beigebracht bekommen haben. Dies hat sich in den vergangenen Jahren jedoch geändert. Auch Eltern haben erkannt, dass sich Konsum nicht einfach verhindern lässt, indem sie ihren Kindern Verbote aussprechen. Gleichzeitig wollen sie nicht, dass ihre Kinder kriminalisiert werden und sich das negativ auf ihre Zukunftsaussichten auswirkt. Das heißt, Eltern wollen wenigstens die schädigenden Effekte des Konsums ausschließen, wenn er sich schon nicht verhindern lässt.

Strafverfolgung kein Instrument der Prävention

Auch das BtMG versteht sich ja nicht nur als Instrument der Strafverfolgung und Repression, sondern auch als Schutz- und Präventions-Instrument. Dass dieses Ansinnen gelungen ist, konnte allerdings nicht wissenschaftlich belegt werden. Die Daten der Europäischen Beobachtungsstelle zeigen, dass die Einflüsse von der Gesetzgebung und die Straffung der Gesetzgebung den Konsum nicht beeinflussen.

Fazit

Als Fazit bleibt festzuhalten, dass es aus Sicht der Suchthilfe darum gehen muss, dass wir tragfähige Ansätze der Prävention finden müssen, die zukunftsfähig sind. Denn die Drogen werden immer verfügbarer, vor allem durch das Internet. Umso wichtiger ist deshalb eine Prävention, die bei den Jugendlichen auch ankommt. Die Strafverfolgung hat den Konsum weder verhindert noch verringert. Andererseits sind Jugendliche durch partizipative Angebote erreichbar. Bisher liegt der Fokus aber mehr auf der Strafverfolgung und weniger auf der Prävention und auch in dem neuen Entwurf zum Präventions-Gesetz kommen die Worte Alkohol, Sucht oder Drogen nicht einmal vor. Es ist also nicht zu erwarten, dass sich grundlegend etwas ändert – obwohl von allen Seiten proklamiert wird, wie wichtig Prävention ist. Aus Sicht der DHS gibt es dazu folgende grundsätzliche Aspekte:

- keine Verharmlosung von Drogen ✓
- gezielter und angewandter Jugendschutz ✓
- verstärkte dialogische Prävention und Förderung der Risikokompetenz 😊 ✓
- begrenzte und beforschte Öffnungsversuche auf Basis internationaler Erfahrungen 😞 😞 ✓
- Vorbereitung der Öffentlichkeit und Politik durch eine fachliche, nichtideologische Diskussion 😊 ✓

Wenn wir die oben genannten Punkte durchgehen: Verharmlosung von Drogen – das ist sicherlich bei allen innerhalb der DHS Konsens. Ebenso ein gezielter und angewandter Jugendschutz. Jugendschutz kriminalisiert Jugendliche nicht. Er bedeutet vielmehr, dass derjenige ein Vergehen begeht, der Suchtmittel wie Alkohol, Tabak oder illegale Drogen verkauft, und nicht der Jugendliche. Jugendschutz muss aus Sicht der DHS deshalb gestärkt werden – und kann nur gestärkt werden, wenn das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) so geändert wird, dass es andere Regulierungen ermöglicht.

Die DHS setzt sich außerdem für eine verstärkte dialogische Prävention und Förderung von Risikokompetenz ein. Im Schaubild oben steht hinter diesem Punkt allerdings ein neutrales Gesicht. Die DHS versammelt ein breites Spektrum von Mitgliedern, die Mehrheit geht sicher in Richtung von Risikokompetenz, aber bei einigen Mitgliedern gibt es auch noch Vorbehalte.

Wir sind auch offen für begrenzte Öffnungsversuche auf der Basis internationaler Erfahrungen. In dem Punkt herrschen allerdings noch die größten Meinungsunterschiede innerhalb der DHS. Es gibt einerseits Mitglieder, die das zu 100 Prozent befürworten, aber auch solche, die eine abwartende Position haben und solche, die das kritisch sehen.

Eine Vorbereitung der Öffentlichkeit und Politik durch eine fachliche und nicht ideologische Diskussion ist notwendig. Das neutrale Gesicht im Schaubild oben hinter diesem Punkt gilt nur für jene Mitglieder der DHS, die eine zurückhaltende Position vertreten. Grundsätzlich herrscht Einigkeit, dass wir nur vorwärts kommen, wenn die Öffentlichkeit mitgenommen wird.

Fragen aus dem Publikum

Was wären die notwendigen Schritte für eine bessere Prävention und einen wirksamen Jugendschutz? Inwieweit geben Konsumentenzahlen tatsächlich Auskunft über die Zahl der problematisch Abhängigen? Was macht die Auflage, zur Drogenberatung zu gehen, für einen Sinn, wenn gar kein Problem vorliegt? Wäre die Legalisierung von Cannabis nicht die Botschaft an Jugendliche, was legal ist, ist auch in Ordnung? Um diese Fragen kreiste die Diskussionsrunde mit Gabriele Bartsch von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen.

Für Gabriele Bartsch kann Prävention nur erfolgreich sein, wenn sie „an den Interessen der Jugendlichen ansetzt und auf Augenhöhe geschieht“. Im Falle einer Legalisierung gehe es auch nicht um die Botschaft, was legal ist, ist in Ordnung. Vielmehr gehe es um die Chance, überhaupt erst zu den Jugendlichen durchzudringen. Eine Entkriminalisierung würde es leichter machen, Probleme offener zu diskutieren, sagt die Expertin, die es bisher aber nicht so kritisch sieht, wenn junge Leute, die wegen Cannabiskonsums erwischt wurden, zur Beratung gehen müssen – auch wenn sie nicht problematisch konsumieren. „Eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsum ist immer gut.“





Cannabis ein Arzneimittel – aus der Praxis der Medizin

**Prof. Dr. Kirsten Müller-Vahl,
Medizinische Hochschule Hannover**

Wenn wir über den medizinischen Gebrauch von Cannabismedikamenten sprechen, ist es wichtig, dies von der allgemeinen Legalisierungsdebatte zu trennen. Beides sind komplett unterschiedliche Themen, die man nicht vermischen darf. Betrachtet man den medizinischen Gebrauch, also den legalen Einsatz von Cannabis-Medikamenten, muss man feststellen, dass Deutschland ein Entwicklungsland ist. Anders kann man das im Moment nicht bezeichnen. Ich will kurz zusammenfassen welche Möglichkeiten der legalen Behandlung wir in Deutschland haben. Will die Indikationen aufzeigen und am Beispiel des Tourette-Syndroms, meinem klinischen Einsatzgebiet, die Praxis näherbringen.

Welche Medikamente können wir einsetzen?

Es gibt das Tetrahydrocannabinol (THC) oder Dronabinol wie es synonym gebraucht wird, und seit 30 Jahren ist Marinol, das in Kapseln produziert wird, auf dem Markt verfügbar. Obwohl es ärztlich verordnet werden kann, spielt es in Deutschland aber praktisch keine Rolle, da es extrem teuer ist.

Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC, Dronabinol)

- Marinol® (synthetisch hergestellt) (in Sesamöl gelöst)
 - Kapseln à 2,5, 5 und 10 mg Dronabinol
 - Zugelassen in USA (1985)



Eine sinnvolle Alternative dazu ist eine dronabinolhaltige Tropfenlösung, die von verschiedenen Herstellern in Deutschland angeboten wird und als Rezeptur-Arzneimittel verkauft wird. Es kann oral eingenommen oder inhaliert werden. Rezeptur-Arzneimittel bedeutet, dass es von einem Apotheker hergestellt werden muss, und zwar exakt nach Vorschrift, damit es wirklich standardisiert ist. Für den Patienten bedeutet dieses Verfahren, dass sich die Kosten um etwa hundert Prozent erhöhen.

Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC, Dronabinol)

- Dronabinolhaltige Tropfenlösung (Rezepturazneimittel aus Faserhanf)
 - Einnahme: oral oder Inhalation (Vaporizer)
 - THC Pharm und Bionorica Ethics
- THC-Tablette Namisol (Niederlande)



Rezeptursubstanz in DAC-Qualität NRF-Vorschrift (NRF 22.7. und 22.8.)

Veränderte Tropfendosierung bei Konzentrationsänderung bei NRF 22.8.

Tropfentyp	30 Tropfen/g		36 Tropfen/g	
	bisher	neu 2012	bisher	neu 2012
Dronabinol pro Tropfen [mg]	0,833	0,877	0,694	0,731
Tropfenzahl mit 1 mg Dronabinol	1,20	1,14	1,44	1,37
Tropfenzahl für 2,5 mg Dronabinol	3	3	4	3
Tropfenzahl für 5 mg Dronabinol	6	6	7	7
Tropfenzahl für 10 mg Dronabinol	12	11	14	14
Tropfenzahl für 20 mg Dronabinol	24	23	29	27
Dosierungen unter 20 Tropfen pro Einzeldosis sind nicht zu empfehlen.				

Außerdem gibt es noch ein vollsynthetisches Cannabinoid, das in den USA und in Großbritannien hergestellt wird, ferner ein österreichisches Produkt, aber darauf will ich nicht näher eingehen, weil auch diese in Deutschland keine Rolle spielen.

Nabilon (synthetisches Cannabinoid)

- Cesamet®-Kapseln
 - Zugelassen in USA (Eli Lilly, 1985) und Großbritannien (Cambridge Laboratories, 1989)
 - synthetischer Abkömmling von Dronabinol
 - kann nach Deutschland importiert werden
- Canemes®-Kapseln
 - synthetisches Cannabinoid
 - AOP orphan (Österreich)



Das Nabiximols, oder besser bekannt als Sativex, spielt hingegen seit Kurzem eine sehr große Rolle in der Praxis. Es ist ein Spray, das in den Mund eingesprüht wird. Die Idee dieser Anwendung hat zwei Gründe, zum einen kann ein Teil der Substanz direkt über die Mundschleimhäute aufgenommen werden – ähnlich einer Inhalation, bei der die Wirkung sehr schnell im Gehirn ankommt. Der andere Teil wird geschluckt und etwas verzögert über den Magen-Darm-Trakt aufgenommen.

Der zweite Aspekt, der bei Nabiximols anders ist: Es ist kein reines THC, sondern eine Mischung aus THC und CBD. Das Präparat kommt dem Cannabisextrakt der Cannabispflanze also etwas näher, und es gibt theoretische Gründe, die vermuten lassen, dass kombinierte Präparate günstiger sein könnten, als reines THC. Patienten berichten das immer wieder, wenngleich es keine Studie gibt, die eindeutig Antwort darauf gibt, was nun besser ist – insbesondere auch bei verschiedenen Patientengruppen und verschiedenen Erkrankungen. Tatsächlich werden einige der Nebenwirkungen von THC durch das CBD gemindert, sodass dies die Verträglichkeit verbessern kann.

Cannabis-Extrakt: Nabiximols

- Sativex®
 - Sublingual-Spray (Resorption über Mundschleimhaut + durch Herunterschlucken über Magen-Darm-Trakt)
 - THC:CBD=1:1
 - GW Pharmaceuticals



Cannabidiol als Medikament

Es gibt Präparate, die ausschließlich Cannabidiol (CBD) enthalten. Cannabidiol ist der wichtigste nicht psychoaktive Inhaltsstoff der Cannabispflanze. Es ist relativ neu, dass wir CBD als Medikament identifizieren. Professor Markus Leweke vom Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim hat in einer kleineren Studie gezeigt, dass CBD möglicherweise bei der Behandlung

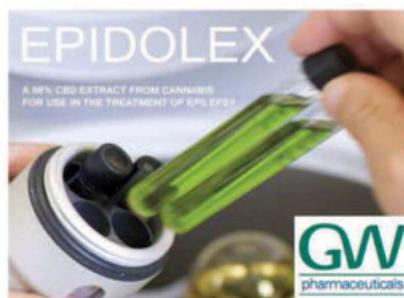
von Patienten mit Psychose und Schizophrenie wirksam sein könnte. Im Oktober 2014 hat die Europäische Arzneimittel-Agentur eine sogenannte Orphan Designation erteilt, also eine Erlaubnis für den Gebrauch von Cannabidiol für das Dravet-Syndrom, einer äußerst seltenen Form von Epilepsie, die bei Kindern auftritt. Sie haben zehnfach epileptische Anfälle pro Tag. Bisher gibt es keine wirksame Therapie und mehr oder minder durch Zufall wurde entdeckt, dass man dieses Dravet-Syndrom besser als alles, was bisher auf dem Markt eingesetzt wird, mit Cannabidiol behandeln kann.

Rasend schnell machten die ersten medizinischen Mitteilungen dazu die Runde, sodass sich die europäische Behörde wie die FDA in den USA dazu entschieden haben, die Behandlung mit Cannabidiol zu akzeptieren und eine Orphan Designation zu geben.

Bei seltenen Erkrankungen gibt es im Vergleich zu üblichen Volkskrankheiten ganz andere Verfahren und Mechanismen der Zulassung, um die Pharma-Industrie zu motivieren, sich zu engagieren, obwohl der Gewinn, den man mit Medikamenten für seltene Krankheiten erzielen kann, natürlich nur gering ist.

Cannabidiol (CBD)

Wichtigster nicht-psychoaktiver Inhaltsstoff der Cannabispflanze



Extrem interessant für den medizinischen Gebrauch ist auch der FAAH-Hemmer. In diesem Fall führt man nicht von außen Wirkstoffe zu, die am Cannabis-System im Gehirn oder in der Peripherie angreifen und dieses stimulieren, vielmehr hemmt man den Abbau des Endocannabinoids Anandamid durch die Zugabe von Medikamenten wie diesen FAAH-Hemmer. Dadurch wird das körpereigene Cannabinoid-System gestärkt, was von der Theorie her annehmen lässt, dass dies der natürlichen Wirkung dieses Systems näherkommt und diese Methode deshalb verträglicher und nebenwirkungsärmer ist. Es gibt erste Hinweise, dass der FAAH-Hemmer schmerzstillend und entzündungshemmend ist. Im klinischen Einsatz, in der täglichen Praxis ist das Präparat aber noch nicht angekommen, es ist erst im Forschungsstadium.

Hemmer des Fettsäureamid-Hydrolase-Enzyms (FAAH-Hemmer)

- URB937
- hemmt Abbau des Endocannabinoids Anandamid
- mögliche Wirkungen: schmerzstillend, entzündungshemmend
- weniger NW, da lokale Wirkung durch Erhöhung der Konzentration von Anandamid im peripheren Gewebe am Ort der Ursache (statt zentral)

Zulassungen (I)

- **Nabiximols (Sativex®)**
 - **Deutschland:**
 - Behandlung der Therapie resistenten Spastik bei MS (auch in 18 weiteren europäischen Ländern)
 - Neuseeland, Canada, Israel:
 - neuropathische Schmerzen bei MS
 - Canada:
 - adjuvante Schmerztherapie bei fortgeschrittenen Tumorerkrankungen

Neben den genannten gibt es einige wenige weitere Substanzen, die theoretisch eingesetzt werden könnten. Darauf will ich nicht näher eingehen, weil sie im klinischen Alltag keine Rolle spielen.

Weitere Substanzen

- Cannabis-Extrakt Cannador®
 - Dronabinol und andere Cannabinoide wie CBD (2:1)
 - Kapseln
 - Institut für klinische Forschung in Berlin
- Ajulemische Säure (CT3, IP751)
 - synthetischer Abkömmling des THC-Stoffwechselproduktes THC-COOH
 - Indevus Pharmaceuticals
- Cannabinor
 - synthetisches Cannabinoid
 - bindet nur an CB2-Rezeptor (Keine psychischen Wirkungen)
 - Pharmos Corporation

Das einzige bisher in der Klinik angekommene Präparat ist Rimonabant. Es ist ein Cannabinoid-Rezeptor-Antagonist, also genau das Gegenteil der vorgenannten Substanzen, die das System stimulieren. Rimonabant folgt der Idee, das System zu hemmen. Das Präparat wurde ursprünglich mit dem Ansinnen entwickelt, damit die Tabakentwöhnung zu verbessern. Bisher hat es sich aber nicht als wirksam erwiesen. Es kam schließlich auf den Markt zur Behandlung von Übergewicht. Die Zulassung ruht jedoch im Moment wegen der häufigen Nebenwirkung von Depressionen und der hohen Suizidrate. Das heißt im klinischen Gebrauch ist derzeit kein Cannabinoid-Rezeptor-Antagonist.

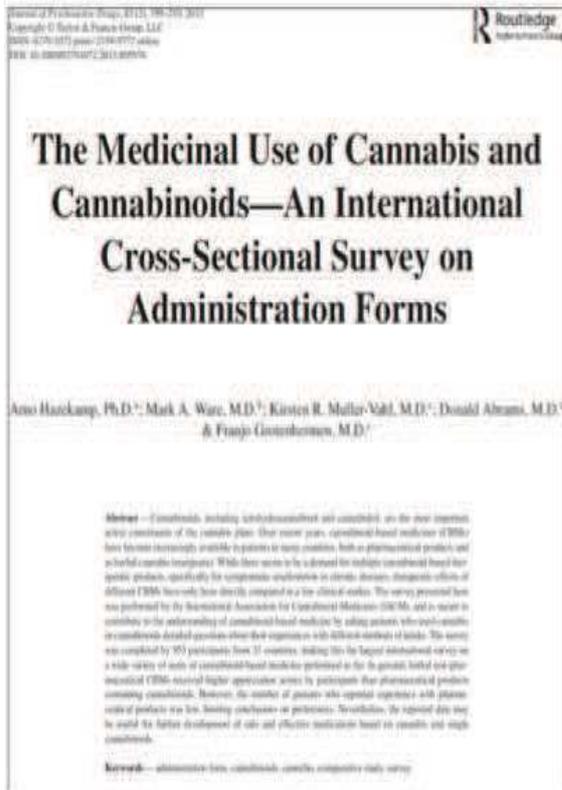
Cannabinoid-Rezeptor-Antagonist

- **Rimonabant (Acomplia®)**
 - Zulassung in Europa 2006
 - Behandlung von Übergewicht
 - Häufige NW: Depression
 - Zulassung ruht (2008)



Was kann man mit Cannabis-Medikamenten behandeln?

Es gab eine Umfrage unter knapp 1000 Teilnehmern weltweit, die 2013 veröffentlicht wurde. Menschen wurden gefragt, warum sie Cannabis aus medizinischer Indikation nehmen. Folgende Liste ist dabei herausgekommen:



Appendix 2: List of medical conditions (in alphabetical order) and scores obtained in the survey

33	ADHD or hyperactivity	4	Lupus erythematosus
7	Allergy	5	Menstrual pain
1	Ankylosing spondylitis	33	Migraine or headache
38	Anxiety disease	39	Multiple sclerosis
35	Arthritis or degenerative arthritis	9	Neuralgia
15	Asthma	2	Neurodermitis
4	Autism	23	Neuropathy
113	Back pain	7	Obsessive compulsive disorder
6	Behçet's disease	2	Osteoporosis
13	Bipolar disorder	59	Pain from injury or accident
14	Cancer	2	Parkinson disease
7	Cancer chemotherapy	7	Phantom limb pain
6	Chronic obstructive pulmonary disease	7	Postpolio syndrome
17	Crohn disease or ulcerative colitis	31	Posttraumatic stress disorder
14	Dependency from alcohol, opiates, or other	3	Restless legs syndrome
64	Depression	19	Rheumatoid arthritis
15	Epilepsy	7	Schizophrenia or psychosis
33	Fibromyalgia	7	Scoliosis
5	Gastritis or gastric ulcer	66	Sleeping disorder
10	Glaucoma	22	Spinal cord injury
4	Head or brain injury	1	Tinnitus
23	Hepatitis	3	Tourette syndrome
28	HIV or AIDS	1	Trigeminal neuralgia
13	Irritable bowel syndrome		

N=953, 31 Länder

Nun kann man einerseits sagen, „super“, Cannabis hat ja offenbar ganz viele Wirkmechanismen. Das Endocannabinoid-System ist im Körper weit verbreitet, deswegen ist es gar nicht so verwunderlich, dass es bei vielen Erkrankungen eine Wirkung zeigt. Man kann umgekehrt aber auch kritisch hinterfragen, was überall hilft, hilft wahrscheinlich nirgends so richtig. Dies zu klären, ist die Aufgabe der Forschung in den nächsten Jahren: herauszufiltern, wo Cannabis-Präparate wirklich helfen, und wo sie besser sind im Vergleich zu dem, was bereits auf dem Markt ist. Auch das ist eine wichtige Frage. Es geht nicht nur um den Wirknachweis, sondern immer auch um den Vergleich, welches Mittel überlegen ist.

Zugelassene Cannabis-Medikamente

Wo dürfen Cannabis-Medikamente in Deutschland eingesetzt werden – und werden auch von der Krankenkasse bezahlt? Das ist einer der wesentlichen Faktoren, über die wir in der Zukunft sprechen müssen. Bisher ist in Deutschland nur ein einziges Medikament zugelassen – und auch nur für eine einzige Indikation. Das ist Sativex zur Behandlung der therapieresistenten Spastik bei Multipler Sklerose. Patienten mit dieser Diagnose können zum Arzt gehen, gleich wie sie krankenversichert sind, der Arzt wird das Mittel verschreiben und die gesetzliche Krankenkasse es bezahlen. In dem Fall gibt es kein Problem. Für alle Menschen mit anderen Indikationen gibt es aber ein Problem. Grundsätzlich will ich das nicht in Frage stellen. Es ist eine gute Regel, die wir in Deutschland haben, dass erst sobald der Wirknachweis erbracht ist, ein Medikament zugelassen und von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt wird. Bis man dahin kommt, ist es allerdings ein weiter Weg. Genau diese Lücke klafft im Moment in Deutschland.

Patienten, die in Neuseeland oder Kanada leben, bekommen Sativex auch dann verschrieben, wenn sie neuropatisch bedingte Nervenschmerzen bei MS haben, und wer in Kanada wohnt, erhält Sativex auch zur Schmerztherapie bei fortgeschrittenen Tumorerkrankungen. Die Zulassung eines Medikaments hängt immer von regionalen Entscheidungen der Behörden ab, und ist nicht weltweit gleich.

Es gibt weitere Zulassungen für die Medikamente Marinol, Cesamet und Cannemis, das bezieht sich einmal auf die Behandlung von Gewichtsverlust und Abmagerung bei Aidspatienten und die Behandlung von Übelkeit und Erbrechen in Zusammenhang mit einer Chemotherapie bei Krebspatienten. Das sind die einzigen Zulassungen, die es weltweit gibt. Das heißt, bei diesen Indikationen wird die Wirkung als gesichert angesehen, es herrscht Einigkeit auf der Welt, dass man diese Symptome wirksam mit Cannabis-Medikamenten behandeln kann. Unklar ist allerdings, welches die beste Strategie ist. Ob reines THC besser als Sativex wirkt oder vielleicht ein anderer Cannabis-Extrakt mit anderen Inhaltsstoffen noch besser. Studien gibt es hierzu keine.

Zulassungen (II)

- **Marinol® (USA)**
 - Therapie von Anorexie mit Gewichtsverlust bei AIDS
 - Behandlung von Übelkeit und Erbrechen bei Chemotherapie in der Krebsbehandlung
- **Cesamet® (USA)**
 - Therapie von Anorexie und Kachexie bei AIDS
 - Übelkeit und Erbrechen bei einer Krebs-Chemotherapie
 - Antiemetikum bei Übelkeit und Erbrechen unter Zytostatikagabe beziehungsweise Bestrahlung im Rahmen einer Krebstherapie
- **Canemes® (Österreich)**
 - synthetisches Cannabinoid
 - Behandlung von Übelkeit und Erbrechen bei Patienten unter Chemotherapie für bösartige Tumoren

Gesicherte und mögliche Indikationen

Wenn ich die oben gezeigte Liste von Indikationen, die bei der Patienten-Umfrage zusammenkam, beschränken sollte, würde ich zu folgendem Schluss kommen:

Gesicherte Indikationen

- Appetitsteigerung und Abmagerung
- Übelkeit und Erbrechen
- Spastik bei MS
- Neuropathische Schmerzen (z.B. MS)

- Bestimmte Epilepsieformen (Dravet-Syndrom, Lennox-Gastaut-Syndrom): CBD

Mögliche Indikationen

- Tics bei Tourette-Syndrom
- neurologischen Erkrankungen
 - Morbus Alzheimer
 - M. Huntington
 - Epilepsie
 - Andere Bewegungsstörungen
- Senkung des Augeninnendrucks (Glaukom)
- Asthma
- Psychiatrische Erkrankungen
 - Abhängigkeit und Entzugssyndrome
 - Zwangsstörung
 - Angsterkrankungen
 - Depression
 - Posttraumatische Belastungsstörung
- Autoimmunerkrankungen
- Entzündungen
- Tumorerkrankungen

Für all diese Erkrankungen gibt es Hinweise aber eben keine Beweise, dass Cannabis-Medikamente wirksam sein könnten. Das ist die Aufgabe der Zukunft, weiter zu prüfen, was wir mit den Medikamenten erreichen können.

Das Problem mit den Kosten

Will ein Arzt in Deutschland Patienten mit Cannabis behandeln, kann er es nicht verschreiben. Es ist nicht verschreibungsfähig. Er kann ein Medikament allerdings auf einem sogenannten BtM-Rezept (Betäubungsmittel-Rezept) verschreiben. Das macht die Sache ein bisschen komplizierter, steht aber grundsätzlich einer Verschreibung nicht im Weg.

Das Problem liegt bei den Kosten. Die Krankenkassen können die Kostenübernahme verweigern, wenn ein Medikament in Deutschland nicht zugelassen ist. Marinol ist extrem teuer, deswegen spielt es in Deutschland überhaupt keine Rolle. Aber auch für andere Präparate wie Dronabinol oder Nabiximols sind die Kosten hoch. Man könnte als Patient natürlich sagen, was interessiert mich meine Krankenkasse, ich bezahle eben selbst. Je nach Dosis muss ein Patient bei einer Behandlung aber mit 250 bis 400 Euro pro Monat rechnen, und das können sich viele eben nicht leisten. Und selbst wer es sich leisten kann, braucht einen Arzt, der das Mittel dann auch verschreibt.

Kosten

- **Marinol®: 1mg €3-5 (je nach Packungsgröße)**
 - Apothekenabgabepreis
 - 60 Kapseln à 2,5 mg (= 150 mg)=€534
 - 25 Kapseln à 5 mg (= 125 mg)=€450
 - 60 Kapseln à 10 mg (= 600 mg)=€1681
- **Dronabinol**
 - 500 mg Dronabinol: etwa €465
- **Nabiximols (Sativex®)**
 - 3 x 10ml = €312

Wege der legalen Behandlung

Als weitere Möglichkeit der legalen Behandlung gibt es noch die Erlaubnis über das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Diese Option wurde vor wenigen Jahren nach einem Gerichtsurteil eingeführt. Patienten können sich seither an die Bundesopiumstelle des BfArMs wenden, und die Erlaubnis für eine sogenannte Selbsttherapie mit einem Cannabisextrakt beantragen.

Das basiert nicht auf einer ärztlichen Verschreibung, weshalb das Wort „Selbsttherapie“ erfunden wurde. Allerdings muss der Arzt eine Erklärung abgeben, dass diese Therapie indiziert ist und er diese auch überwacht.

Das Antragsformular kann man aus dem Internet herunterladen, der Arzt muss dann noch zusätzlich ankreuzen, in welcher Sorte die Behandlung stattfinden soll und welche Höchstmenge pro Tag und pro Monat eingesetzt werden darf.

http://www.bfarm.de/DE/Service/Formulare/functions/Bundesopiumstelle/BtM/_node.html

In der Theorie kauft der Patient dann in der dafür ermächtigten Apotheke diese Töpfchen, die einen von der Firma Bedrocan in Holland hergestellter Cannabisextrakt enthalten und nimmt das Mittel ein wie er es für sich für richtig und angemessen hält. Ein Ausweg, der theoretisch jedem zur Verfügung steht. In der Praxis sieht es allerdings anders aus: In Deutschland gibt es etwa 200 Personen, die eine solche Erlaubnis bekommen haben. Wir reden also von einer sehr kleinen Gruppe. Ende 2014 war überdies zu hören, dass die Firma Lieferschwierigkeiten hat. Betroffene mussten leider akzeptieren, dass Bedrocan bis 2015 nicht lieferbar ist und auch andere Substanzen erst mit wochenlanger Verzögerung. Ein legaler Cannabisextrakt stand also länger nicht zur Verfügung.

Bezahlen muss der Patient immer selbst, weil es keine ärztlich verordnete Therapie, sondern eine Selbsttherapie ist – somit ein legales Geschäft zwischen Apotheker und Patient. Der Apotheker braucht allerdings eine Sondergenehmigung, sonst dürfte er das Cannabis-Präparat nicht verkaufen.

Cannabis-Behandlung bei Tourette-Syndrom

Am Beispiel des Tourette-Syndroms kann man sehen, wie man auf die Idee kommt, dass Cannabis-Medikamente wirksam sein könnten. Das Tourette-Syndrom ist eine Erkrankung, bei der die Betroffenen unwillkürliche Bewegungen, Lautäußerungen, Zuckungen und im Extremfall Schreie haben. Wir bezeichnen das als Tics. Aus den Jahren 1988 und 1993 gibt es zwei Berichte über einen beziehungsweise drei Patienten, die beschreiben, dass sich die Symptome ihres Tourette-Syndroms unter illegalem Cannabiskonsum gebessert haben.

Tourette-Syndrom: Fallberichte

- n=3, 15-39 J., ↓ Tics, ↓ Selbstverletzungen,
↓ Hypersexualität, ↑ Aufmerksamkeit,
nach Konsum von 1/2 bis 2 Marihuana-Zigaretten/ Tag
(Sandyk R, Awerbuch G. Marijuana and Tourette's Syndrome. J Clin Psychopharmacol 1988; 8: 444-445)
- n=1, 36 J., > 1 Jahr völlig symptomfrei, bei täglichem Konsum von
einem "cone" Marihuana
(Hemming M, Yellowlees PM. Effective treatment of Tourette's syndrome with marijuana. J Psychopharmacol 1993; 7: 389-391)

Wir haben daraufhin eine größere Gruppe unserer Patienten systematisch befragt, ob sie schon einmal Cannabis konsumiert haben und mit welchem Ergebnis. Sehr viele Patienten berichteten über einen Konsum und von ihnen sagten wiederum 82 Prozent, dass sich ihre Symptome verbessert haben.

Tourette-Syndrom: Standardisiertes Interview

- n = 64 Tourette-Patienten
- Konsum von Marihuana ?, Einfluss auf TS ?
- 17 (27%) Patienten berichteten über Marihuanakonsum
- 14 von 17 (82%) Patienten empfanden einen positiven Effekt
 - ↓ Tics
 - ↓ Vorgefühl
 - ↓ Zwänge
 - ↑ Aufmerksamkeit
- 3 Patienten: kein Effekt
- kein Patient: Verschlechterung

(Müller-Vahl KR, Kolbe H, Schneider U, Emrich HM. Cannabinoids: Possible role in pathophysiology of Gilles de la Tourette-syndrome. Acta Psychiatr Scand 1998;97:1-5)

Das Ergebnis war ein Hinweis, dass ein Wirkmechanismus bestehen könnte, natürlich kein Beweis. Wir haben daraufhin einen ersten Patienten unter „wissenschaftlichen Bedingungen“ mit THC behandelt, etablierte Tests durchgeführt und konnten tatsächlich eine Verbesserung feststellen.

Tourette-Syndrom: Offene unkontrollierte Einzelfallstudie

- n=1, 25 jähriger Mann, TS seit 6. Lebensjahr
- anamnestisch: Symptombesserung durch 2-3 g Marihuana täglich
- Behandlung einmalig mit 10 mg Δ^9 -THC
- Besserung der Tics um ca. 80%:
 - vor Behandlung Tic-Schwere (Tourette's Syndrome Global Scale, TSGS) = 41
 - 2 Stunden nach Behandlung: TSGS = 7
- Beginn nach ca. 30 min., Dauer ca. 7 Stunden
- keine Nebenwirkungen

(Müller-Vahl KR, Schneider U, Kolbe H, Emrich HM. Treatment of Tourette-Syndrome with delta-9-Tetrahydrocannabinol. Am J Psychiatry 1999;156:495)

Im nächsten Schritt starteten wir eine erste Studie an zwölf Patienten, die mit THC im Vergleich zu einem Placebo behandelt wurden. In der Medizin ist es immer der „Gold-Standard“, eine Wirksubstanz mit einem nicht wirksamen Placebo zu vergleichen. Auch hier konnten wir feststellen, dass THC zu einer Verbesserung führt, die deutlich größer war als in der Placebo-Gruppe. Danach begannen wir mit einer noch größeren Gruppe von 24 Patienten. Das ist wissenschaftlich betrachtet immer noch wenig, aber aus meiner Sicht eine Art der Forschung, die in der richtigen Richtung und Geschwindigkeit erfolgt. Wir setzten verschiedene Tests ein, um diese komplexe Erkrankung messen zu können und haben während der Behandlung zwischen Placebo und THC jeweils mit verschiedenen Skalen immer einen signifikanten Behandlungseffekt sehen können – auch in der Selbstbewertung der Patienten wie in deren Fremdbewertung.

Tourette-Syndrom: Offene unkontrollierte Einzelfallstudie

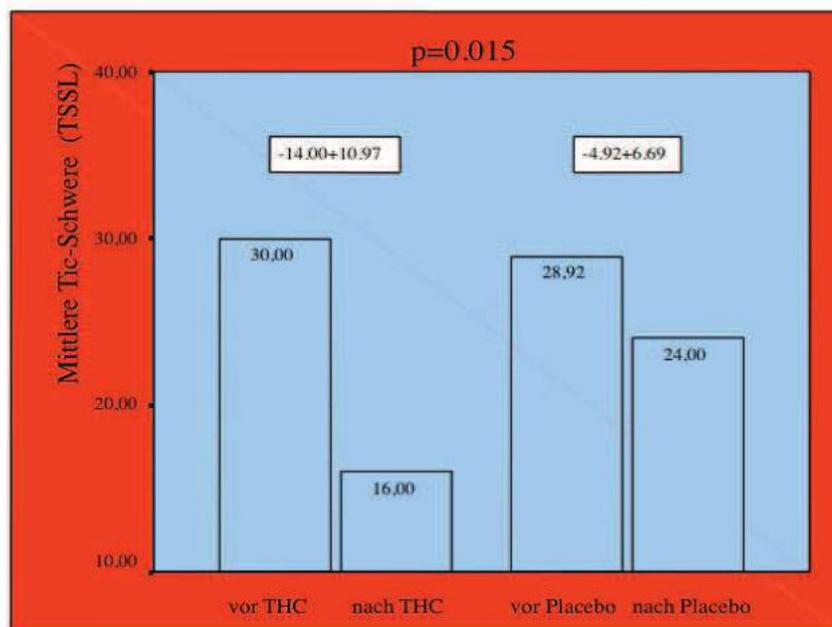
Neuropsychologische Testuntersuchungen:

- verbesserte Reaktionszeit, Aufmerksamkeit

Selbstbeurteilung des Patienten:

- Rückgang der motorischen und vokalen Tics um ca. 70%
- Besserung von Aufmerksamkeit, Zwängen, Impulskontrolle, Druckgefühl vor Tics

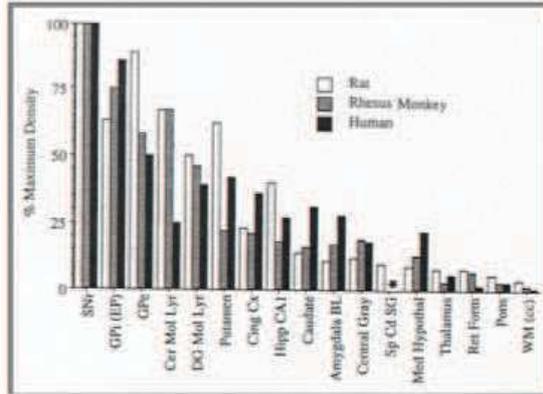
Tic-Schwere (TSSL) vor / nach Behandlung mit Δ^9 -THC und Placebo



Wirkmechanismus an Rezeptoren im Gehirn

Die große Frage war, warum ist das so? Wie kann man diese Wirkung erklären? Im Gehirn gibt es ein endogenes Cannabinoid-Rezeptor-System und ich bin fest davon überzeugt, dass das auch der zugrundeliegende Mechanismus für die Wirkung ist. Die Patienten haben also nicht deswegen das Gefühl, dass es ihnen besser geht, weil sie sediert, „high“ oder „bekifft“ sind, sondern weil eine Wirkung an diesen Rezeptoren im Gehirn stattfindet, so wie wir das auch bei anderen Medikamenten kennen.

Regionale CB1-Rezeptordichte im ZNS



Lokalisation:

Basalganglien (Bewegung)

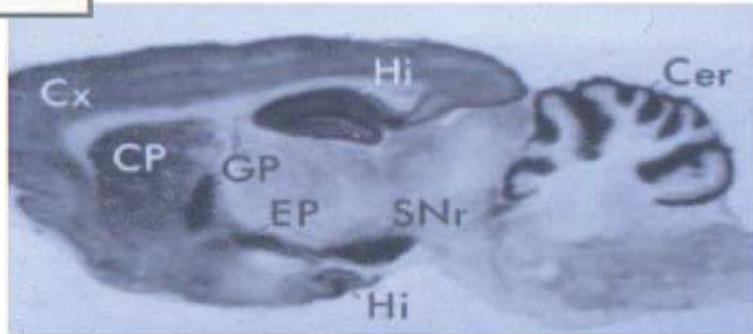
Hippocampus (Lernen)

Cerebellum (Bewegung)

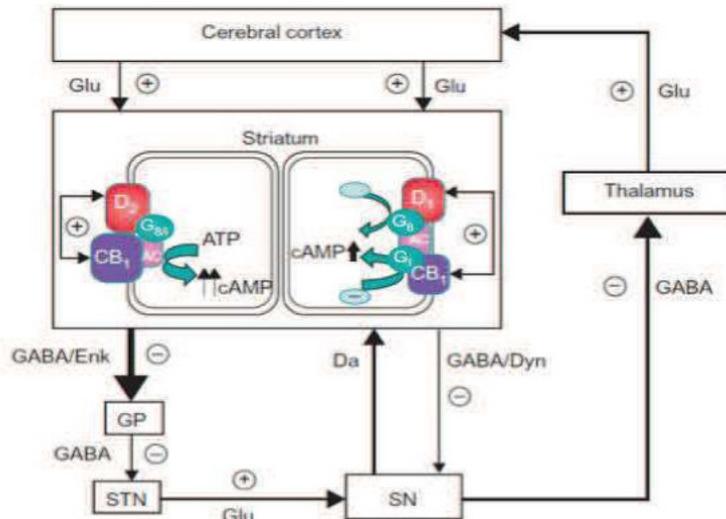
⇒ kognitive Prozesse

⇒ **Bewegungssteuerung**

Längsschnitt durch das Gehirn einer Ratte



Pathogenese des Tourette-Syndroms



Das Cannabis-System hat eine sehr komplexe Wechselwirkung mit allen anderen Botenstoffsystemen im Gehirn. Was wir mit Medikamenten erreichen, die auf Dopamin, auf Serotonin – oder wie auch immer – wirken, erzielen wir auch mit dem Cannabinoid-System. Wir stimulieren mit Substanzen ein System, das wir alle im Gehirn haben. Das bedeutet gleichzeitig, dass wir Patienten und Gesunde nicht in einen Topf werfen dürfen. Geht man davon aus, dass es Krankheiten gibt, die auf Störungen in diesem System zurückzuführen sind, dann wirken von außen zugeführte Cannabinoide eben auch anders als bei Gesunden.

Das verdeutlichen auch Einzel-Studien. Beispielsweise konnte ein Patient mit Tourette-Syndrom unter der Behandlung mit einem Cannabinoid besser Autofahren als zuvor ohne. Gleiches ist mal mit einem Patienten mit ADHS gezeigt worden: Er hat sich Fahreignungstests unterzogen und unter der Behandlung waren die Ergebnisse besser als zuvor ohne Behandlung.

Weitere Studien nötig

Für die Behandlung des Tourette-Syndroms brauchen wir in Zukunft weitere Studien. Wir haben in der Medizinischen Hochschule Hannover eine entworfen, die fast 100 Patienten einschließen soll. Eine solche Studie würde nach unserer Kalkulation etwa 1,1 Millionen Euro kosten. Die Pharmaindustrie, die im Moment hinter den Präparaten steht, sind allesamt kleine Firmen, die solche Studien nicht stemmen können. Unser Antrag bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) wurde gerade abgelehnt. Im Moment sind wir also in der Situation, dass wir gerne weitere Daten generieren würden, aber nicht die Möglichkeit dazu haben. Als Grund für die Ablehnung der Mittel wurde – ein bisschen enttäuschend – genannt, wir könnten wohl nicht genügend Patienten rekrutieren. Tatsächlich hat mir bereits jetzt ein Drittel der notwendigen Patienten signalisiert, sie würden an einer solchen Studie teilnehmen.

Fazit

Zusammenfassend kann man sagen, dass es ganz unstrittig einen medizinischen Nutzen von Cannabis-Präparaten gibt. Eine Zulassung gibt es jedoch zurzeit nur für die Indikation Multiple Sklerose mit Sativex. Die Studienlage ist unbefriedigend, aber es ist ein großes Problem, dass große Studien, die verlässliche Daten liefern, teuer sind und unklar ist, wer sie finanzieren kann und soll. Patienten wiederum sehen sich in dem Dilemma, dass die Kostenübernahme nicht geregelt ist, wenn es keine Zulassung der Medikamente gibt. Die Sondererlaubnis durch die Bundesopiumstelle bietet sich nur für Wenige als Ausweg. Wir brauchen deswegen dringend Übergangslösungen bis wir es erreicht haben, die Datenlage zu verbessern. Denn wir reden von schwer kranken und ansonsten Therapie resistenten Patienten. Die Arbeitsgemeinschaft Cannabis und Medizin befasst sich genau mit diesem Thema.

Zusammenfassung

- **Medizinischer Nutzen unstrittig**
- **Deutschland: zugelassen Sativex® bei MS**
- **Studienlage unbefriedigend**
- **Finanzierung großer Studien schwierig**
- **Kostenübernahme durch gesetzliche Krankenkassen**
- **Erlaubnis: Bundesopiumstelle**
- **„Übergangslösung“ notwendig: Behandlung schwerkranker, ansonsten Therapie resistenter Patienten**

Fragen und Anmerkungen aus dem Publikum

Innerhalb der Ärzteschaft fehle vielen Medizinern noch die Offenheit gegenüber Cannabismedikamenten. Etliche hätten auch „noch die Fehlsicht“, sie würden damit nicht helfen, sondern würden die Sucht auf Rezept verschreiben. Mit dieser Einschätzung bestätigt Professor Dr. Kirsten Müller-Vahl die Schilderung eines Zuhörers, der fragt, weshalb es selbst bei der zugelassenen Diagnose von spastischer Multipler Sklerose sehr schwer ist, das legale Mittel Sativex verschrieben zu bekommen. Die Ausnahmegenehmigung für Schwerkranke, die das BtMG ermögliche, nannte eine Betroffene Augenwischerei. Patienten müssten das teure Cannabis-Medikament selbst bezahlen, seien aufgrund ihrer Erkrankung aber gar nicht in der Lage, zu arbeiten, um Geld für die teure Therapie aufzubringen. Müller-Vahl bestätigt auch diese Situation. Lediglich 200 Menschen in der Bundesrepublik könnten sich via Ausnahmegenehmigung legal Cannabismedikamente kaufen – auf eigene Rechnung. Die Ärztin fordert Studien, die zweifelsfrei belegen, für welche Indikation Cannabis von Nutzen ist, damit Medikamente zugelassen und dann von den Krankenkassen auch bezahlt werden. Da dies Jahre, gar Jahrzehnte dauern könne, brauche es Übergangslösungen für die betroffenen Patienten, fordert die Ärztin. Im Moment bliebe den Betroffenen nur illegale Lösungen.

An eine mögliche Übergangslösung erinnerte ein Apotheker in der Zuhörerschaft, die bereits vor zehn Jahren im Bundestag erörtert worden sei, dann aber wieder in der Schublade verschwand: Rezepturmedikamente, von Apothekern hergestellt, die überdies preiswerter als die teuren Medikamente, die jetzt auf dem Markt sind. Müller-Vahl ist „persönlich offen“ für jeden Weg, fordert dennoch Studien, die die Wirksamkeit von Medikamenten für bestimmte Indikationen zweifelsfrei belegen. „Sonst müssten die Kassen auch Schwimmen mit Delphinen bezahlen, wenn ein Arzt dies für eine sinnvolle Therapie hält und verschreibt.“



Haben den Fachtag auf die Beine gestellt: Gesundheitsdezernentin Rosemarie Heilig (Mitte), Regina Ernst, Leiterin des Drogenreferats (rechts), und ihre Stellvertreterin Renate Lind-Krämer (links neben Dirk Peglow, Bund Deutscher Kriminalbeamter).

Modelle der Entkriminalisierung, kontrollierten Abgabe und Regulierung von Cannabis weltweit – ein Überblick

Martin Jelsma,
Transnational Institut (TNI), Amsterdam



Bevor wir uns mit dem Ist-Zustand beschäftigen, müssen wir einen Blick zurückwerfen. Wie kam Cannabis als Thema überhaupt in die UN-Abkommen? Wie geht man damit um, dass es Brüche und Verstöße gegen die getroffenen Vereinbarungen geben kann? Was bedeutet das alles für die heutige Situation und wo stehen wir?

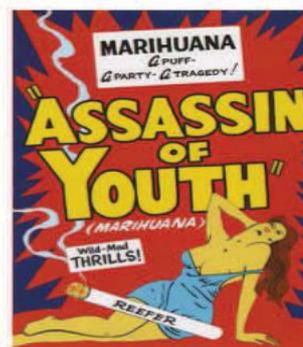
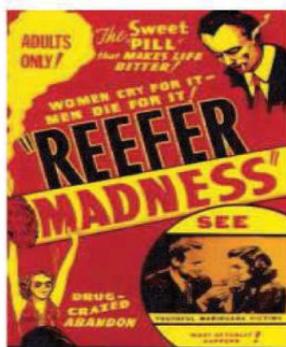
1925 gab es in Genf die erste Versammlung, bei der Cannabis zum Thema geworden ist und der Umgang damit in Folge auch reguliert wurde. Interessant ist, dass es sowohl bei dem Abkommen von 1925 als auch bei dem folgenden 1931 um die Regulierung auf internationaler Ebene ging. In beiden Abkommen ist nicht die Rede davon, den Cannabiskonsum unter Strafe zu stellen oder den Anbau in den jeweiligen Ländern vor Ort. In dem Zusammenhang ist es wichtig, den historischen Kontext der 1920er bis 1930er Jahre einmal genauer zu betrachten. Verbreiteten Cannabiskonsum gab es vor allem im Süden, in Asien und Afrika. In Europa wurde Cannabis in der damaligen Zeit

hauptsächlich für medizinische Zwecke verwendet. In den Vereinigten Staaten galt in dieser Phase die Alkohol-Prohibition (1920 bis 1933).

Die USA haben sich in jenen Jahren sehr dafür eingesetzt, den Gedanken der Prohibition zu exportieren und ihn auf andere Substanzen auszuweiten. Aus dieser Zeit stammt zum Beispiel auch der berühmte Anti-Cannabis-Film *Reefer Madness* (1936), in dem es unter anderem darum geht, dass Cannabis Psychosen etc. hervorrufen kann.

Mit Feuereifer wurde schließlich daran gearbeitet, die Prohibition auszuweiten, und obwohl nur 13 Staaten der Prohibition

Reefer Madness (1936)



beigetreten sind, wird doch deutlich, in welchem Geist damals diskutiert wurde. Das belegt auch das Zitat von Harry Jacob Anslinger aus dem Jahr 1937, dem Vorsitzenden des Federal Bureau of Narcotics und einem der schärfsten Befürworter einer Cannabis-Prohibition:

„Most marijuana smokers are Negroes, Hispanics, jazz musicians, and entertainers. Their satanic music is driven by marijuana, and marijuana smoking by white women makes them want to seek sexual relations with Negroes, entertainers, and others. It is a drug that causes insanity, criminality, and death – the most violence-causing drug in the history of mankind.“

Obwohl einige Staaten der Prohibition beigetreten waren, wurde die Umsetzung durch den Zweiten Weltkrieg unterbrochen. Erst nach dem Krieg ging es weiter und 1937 verhängten die Vereinigten Staaten den Bann von Cannabis. Auch die UN nahmen die Diskussion über Cannabis nach dem Zweiten Weltkrieg wieder auf. Ebenso die Weltgesundheitsorganisation WHO, die von einem Prohibitions-Befürworter geleitet wurde: Pablo Osvaldo Wolff, der sich in den 1950er Jahren wie folgt äußerte:

- Marijuana “changes thousands of persons into nothing more than human scum” and “should be suppressed at any cost”
- It is a “weed of the brutal crime and of the burning hell”, an “exterminating demon which is now attacking our country”
- Conclusion Expert Committee without a review report: “no justification for medical use”

Diese Positionen stammen zwar aus keinem offiziellen WHO-Papier, sondern aus einem Buch, das Wolff geschrieben hat, aber sie zeigen den prohibitionistischen Geist, den wir schon von Herrn Anslinger gesehen haben.

Single Convention

1961 folgte die Single Convention. Single Convention deshalb, weil es *das* Abkommen ist, das sich auf internationaler Ebene mit der Drogenthematik beschäftigt, und das alles regelt. Im Wesentlichen baut die Single Convention auf den Inhalten auf, die bereits vor dem Zweiten Weltkrieg im prohibitionistischen Geiste getroffen wurden. Sie geht aber noch darüber hinaus und führt Verpflichtungen zu Anbau und Konsum ein – mit einer starken Ausrichtung auf Kontrolle und Verbot von quasi-medizinischer und traditioneller und religiöser Nutzung von Cannabis.

Interessant dabei ist, dass Cannabis ohne nähere Untersuchungen oder Forschungen in die Listen 1 und 4 eingestuft wurde. Vor allem Liste 4 ist entscheidend, weil sie die restriktivste Liste von Produkten ist, die der stärksten Begrenzung unterliegen.

Für gewöhnlich gibt es für solche UN-Abkommen eine formale Empfehlung der WHO. Bei Cannabis war dies nicht der Fall. Im Abkommen wurde vielmehr die Regulierung übernommen, die noch im Geiste der Reefer Madness Zeiten festgelegt worden war. Diese lief über das WHO-Sekretariat, das der Haltung von Herrn Wolff folgte. Es gab also keine wissenschaftliche Untersuchung über Wirkungsweisen oder das schädigende Potenzial von Cannabis, vielmehr wurde der prohibitionistische, ablehnende Geist 1:1 in die UN-Konvention übernommen.

Für Staaten, in denen traditionell Cannabiskonsum üblich war – etwa in asiatischen Ländern – erlaubte die Single Convention eine Übergangsregelung, die Cannabiskonsum zumindest für religiöse und traditionelle Zwecke tolerierte. Dies sollte aber nur eine Interimsphase bleiben. Länder wie Nepal, Bangladesh, Pakistan haben aber tatsächlich erst 1989 die vollen Restriktionen der Single Convention übernommen und das Verbot von Cannabiskonsum und Anbau umgesetzt. Das strikte Verbot ist also noch eine relativ junge Entwicklung, die dieser Übergangsregelung geschuldet ist.

Trickreiche Umgehung des strikten Cannabis-Verbots

Indien hat über eine etwas trickreiche Formulierung beziehungsweise Definition, eine spezielle Ausnahmeregelung gefunden. In der UN-Konvention wird nur von Cannabis-Harz und von den Blüten gesprochen – unter dem Namen „Bang“ werden in Indien aber traditionell auch Hanfblätter benutzt, und die fallen somit nicht unter das Abkommen. Indien hat für seinen traditionellen Konsum von Hanfblättern somit eine Lücke entdeckt.

Exception: cannabis leaves

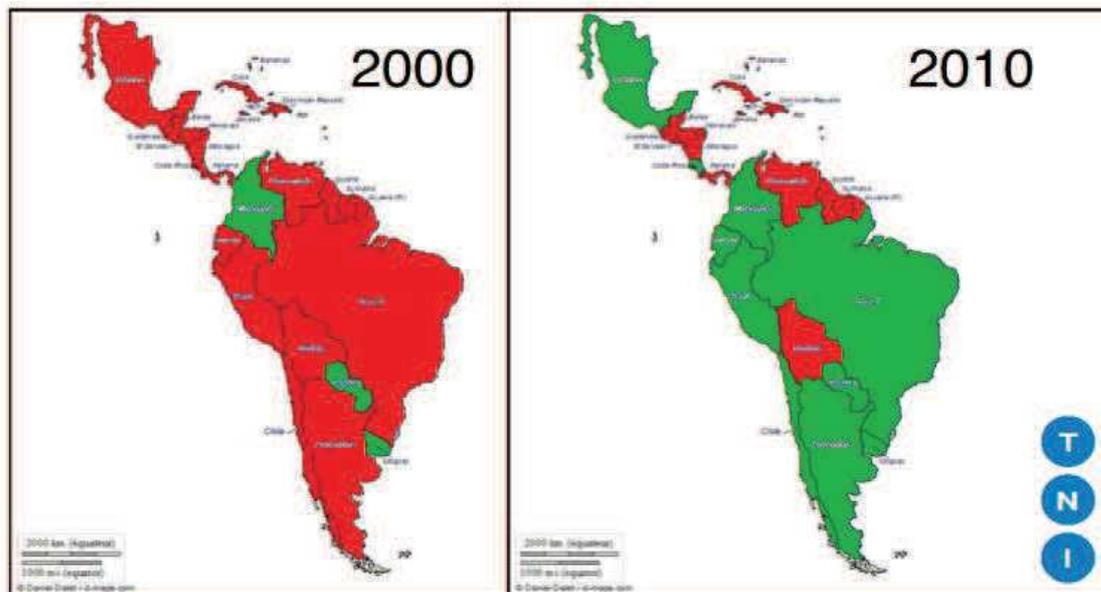
Es gibt noch andere Länder wie Kambodscha, Pakistan, in denen unterhalb des Radars weiterhin traditio-neller Konsum auf die eine oder andere Weise fort- besteht – und toleriert wird. Interessant ist auch, dass erst nach Inkrafttreten der Single Convention, also in den 1960er/70er Jahren, Cannabiskonsum in den europäischen und amerika-nischen Ländern überhaupt zum Thema wird. Erst mit den Hippie-Zeiten breitete sich der Cannabiskonsum in diesen Ländern aus.



Bestrebungen zur Entkriminalisierung

In einigen lateinamerikanischen Ländern gibt es seit einer Weile Entkriminalisierungs-Bestrebungen und eine Abkehr von der strengen Prohibitionsprämisse. Vor allem wird die Entkriminalisierung von Cannabis für den persönlichen Gebrauch angestrebt. Auch wenn die Erfahrungen aus Lateinamerika nicht überall gut sind, hat sich Idee der Entkriminalisierung des privaten Konsums innerhalb von zehn Jahren über den gesamten Kontinent ausgebreitet.

Decriminalization Latin America



Entwicklung in Europa

Der Trend zur Entkriminalisierung breitet sich auch in Europa seit einigen Jahren mehr und mehr aus. Einige Länder haben bereits Grenzen festgesetzt für Mengen, die zum Eigengebrauch toleriert werden. Hier eine Übersicht von der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle:

Cannabis decriminalization EU



EMCDDA: common trend of alternative measures to criminal prosecution for cases of use and possession of small quantities of cannabis for personal use without aggravating circumstances.

- Spain < 200 gr marihuana / 40 gr hash
- Denmark < 50 gr marihuana / 10 gr hash
- Portugal < 25 gr marihuana / 5 gr hash
- Czech Rep. < 15 gr marihuana / 5 gr hash
- Belgium < 3 gr marihuana / 1 plant

Modelle zur Regulierung von Handel, Anbau und Vertrieb

Im Laufe der Zeit haben sich in einigen Ländern verschiedene Modelle entwickelt, die über die Entkriminalisierung hinausgehen und sich mit formellen oder informellen Modellen der Regulierung von Handel, Anbau und Vertrieb beschäftigen wie zum Beispiel die Niederlande mit den Coffeeshops. Ein anderes Modell, mit dem in den Vereinigten Staaten eine liberalere Handhabung im Umgang mit Cannabis gefunden wurde ist „Medical Marihuana“. In Kalifornien zum Beispiel kann man zum Arzt gehen und sich gegen Kopfschmerzen ein Rezept für Cannabis – in diesem Fall Medical Marihuana – geben lassen. De facto ist dies eine ähnliche Regulierung wie in den Coffee Shops mit einem relativ freien Zugang.

Coffeeshops



Medical marijuana?



Eine dritte Variante sind die Cannabis Social Clubs. Spanien hat diese Clubs schon lange etabliert und testet gerade aus, wie der Anbau von Cannabis über Social Clubs laufen könnte und was im Rahmen der UN-Konventionen auf der Entkriminalisierungsebene noch möglich ist.

Den Durchbruch brachte, als Uruguay als erstes Land weltweit beschloss, eine komplette Regulierung des Umgangs mit Cannabis zu entwickeln – was de facto eine Abkehr von den UN-Konventionen bedeutet und einen klaren Bruch darstellt. Uruguay folgt dabei im Wesentlichen vier Säulen: Es geht zum einen um den medizinischen Gebrauch von Cannabis, zum anderen um die Regulierung des Anbaus für den Eigengebrauch, zum dritten um die Regulierung des Aufbaus von Cannabis Social Clubs und als viertes um den staatlich kontrollierten Anbau und Vertrieb zum Beispiel über Apotheken.

Cannabis regulation in Uruguay



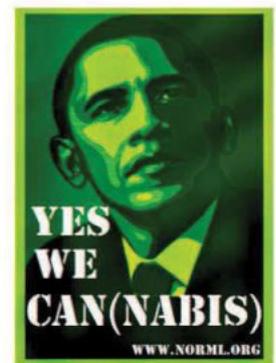
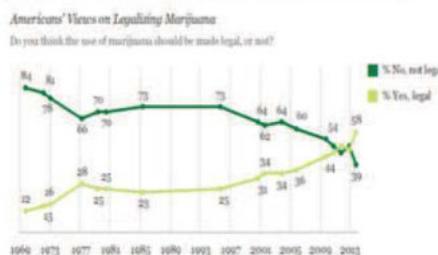
"Someone has to be first..."



Die Vereinigten Staaten wiederum haben vor wenigen Jahren den Weg eingeschlagen, via Volksreferendum über den Umgang mit Cannabis entscheiden zu lassen. Die ersten Abstimmungen gab es 2012 und 2014 in vier US-Bundesstaaten. 2016 wird ein weiteres Referendum in Kalifornien folgen. In der öffentlichen Meinung geht der Trend klar zur Entkriminalisierung von Cannabis, der wahrscheinlich irreversibel sein wird.

Cannabis regulation in USA

2012: Colorado, Washington
2014: Oregon, Alaska
2016: California, ???



GALLUP

Verstoß gegen die UN-Abkommen

Wie geht man nun damit um, dass Staaten durch diese Entwicklung gegen die UN-Abkommen verstoßen? Die Frage ist besonders für die USA ein Dilemma, weil sie einerseits die Single Convention und die UN-Konventionen stark vorangetrieben haben, auf der anderen Seite nun aber über die Volksreferenden zulassen, dass eine liberalere Politik entsteht. Das heißt, die USA verstoßen gegen ein System, das sie selbst zu verantworten haben und eigentlich auch verteidigen wollten.

Die Formel, die die USA als Ausweg gefunden haben, lautet: Toleranz. Sie haben angekündigt, international alle Formen von flexiblen Interpretationen der Konventionen zuzulassen und auch keine anderen Staaten zu kritisieren, wenn sie ihre eigenen Wege im Umgang mit Cannabis entwickeln.

Uruguay indes argumentiert ganz anders – geht auch offensiv mit dem Widerspruch um. Die Regierung sagt ganz klar: Ja, wir verstoßen gegen die UN-Konvention, aber wir sehen uns auch in der Pflicht in Bezug auf die Menschenrechtskonvention. Deswegen müssen wir abwägen und sehen uns gezwungen, gegen die Single Convention und die Drogen-Abkommen zu verstoßen.

Handlungsmöglichkeiten – ein Ausblick

Auf die Frage, was noch möglich ist und was getan werden müsste, wäre als erster Punkt zu nennen, dass es endlich eine WHO-Untersuchung zum Thema Cannabis geben muss. Das ist seit 1965 noch nicht geschehen und überfällig. Tatsächlich kam im Juni 2014 zum ersten Mal eine Expertenkommission der WHO zusammen, die explizit Cannabis als Untersuchungsthema auf die Agenda setzte.

Treaty reform: WHO review?

- WHO expert committee (2014): *“A review of cannabis and cannabis resin by the World Health Organization is necessary for multiple reasons, the foremost being that the medical use of cannabis appears to have increased in recent years. Cannabis and cannabis resin has not been scientifically reviewed by the Expert Committee since the review by the Health Committee of the League of Nations in 1935.”*

Cannabis and cannabis resin, Information Document, WHO Expert Committee on Drug Dependence, 36th Meeting, Geneva, 16-20 June 2014

Ein weiteres Beispiel, wie man mit dem Widerspruch umgehen könnte, hat Bolivien im Koka-Bereich geliefert. Bolivien ist aus dem internationalen Abkommen ausgetreten und unter dem Vorbehalt, den Anbau und Gebrauch von Koka-Blättern zu erlauben, wieder beigetreten. Das wäre ein Modell, das in ähnlicher Weise auch beim Thema Cannabis gewählt werden könnte.

Die UN-Konvention zu ändern, wäre sehr kompliziert. Es gibt aber verschiedene Möglichkeiten, sie von innen heraus zu modifizieren. Etwa wenn einige Länder untereinander verabreden, nur unter sich ein Thema in einer bestimmten Art und Weise zu behandeln. Innerhalb der UN gäbe es dann eine eigene Gruppe zum Thema Cannabis. 2016 wird es eine UN-Sondervollversammlung zum Thema Drogenkonsum, Drogenpolitik, Regulierung von Drogen insgesamt geben. Das wäre eine gute Gelegenheit – und die beste Option –, um zu diskutieren, welche großen Spannungen die UN-Konventionen vor allem im Cannabis-Bereich ausgelöst haben und wie man sinnvoller damit umgehen könnte.

Die USA versuchen auf jeden Fall, das Thema Cannabis nicht auf die Agenda zu setzen. Nichtsdestotrotz wäre diese UN-Sondervollversammlung ein sehr guter Zeitpunkt, weil hochrangige Experten aus allen Ländern zusammenkommen, und man da eine breite Diskussion anstoßen könnte.